

Implantação da Vigilância em Saúde: desafios para as Redes de Atenção à Saúde

Implementation of the Health Surveillance: overcoming for Health Care Networks

Sonia Cristina Soares Dias Vermelho^{I*}

Ana Paula Machado Velho^{II}

RESUMO

Este artigo apresenta resultados parciais de uma pesquisa cujo objetivo foi investigar numa microrregião do noroeste do Paraná o processo de implantação da Vigilância em Saúde (VS) em relação ao modelo das Redes de Atenção. O método da pesquisa foi quanti-qualitativo com amostragem qualificada de funcionários, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste artigo apresentamos resultados das entrevistas estruturadas realizadas com os secretários de saúde de 24 municípios. O tratamento dos dados das entrevistas foi feito com a técnica de Análise de Conteúdo e Categorização. Os resultados mostraram que as subáreas da VS estão funcionando de maneira desigual na região, com predominância da Vigilância Epidemiológica. Também ficou evidenciada uma dependência dos municípios em relação aos níveis federal e estadual, tanto em termos de recursos financeiros quanto de pessoal. As ações locais com estrutura própria são, em geral, palestras nas escolas e visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde. Consideramos que a VS se encontra em construção na região, com indicadores positivos pelos gestores. O estudo mostrou a necessidade de aprofundar as questões relacionadas às equipes de trabalho e aos recursos financeiros, pois estes se mostraram os aspectos mais críticos em nível local para consolidar a VS.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde Pública; Descentralização; Administração de Serviços de Saúde, Vigilância Sanitária

ABSTRACT

This article presents partial results of a research that aimed to investigate, in a micro-region of northwestern Paraná, the process of implementation of the Health Surveillance (VS) in relation to the organizational model of Care Networks. A quantitative and qualitative method was used with a sample of qualified staff, managers and users of the Sistema Único de Saúde (SUS). This article presents the results of structured interviews with managers from 24 municipalities. Interviews data were processed through the content analysis and categorization technique. The results showed that areas of VS are working unevenly in the region, especially the Epidemiological Surveillance. A dependence of the municipalities on the federal and state levels, both in terms of financial and personnel resources, was also shown. Independent local actions consist, in general, of lectures at schools and of home visits by community health agents. We believe that VS is under construction in the region, with positive indicators by managers. The study showed the need for further research to understand in depth issues related to work teams and financial resources, as these were the most critical issues, at the local level, to consolidate VS.

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, PR, Brasil

* E-mail: cristina.vermelho@gmail.com

KEYWORDS: Public Health Surveillance; Decentralization; Health Services Administration, Sanitary Surveillance

Recebido: 20 maio 2016

Aprovado: 26 set 2016



INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram propostas para promover uma melhoria na atenção à saúde em função do novo panorama demográfico e epidemiológico das populações¹. As RAS são um conjunto de serviços de saúde relacionados de forma cooperativa e interdependente, que são articulados pela mesma missão e objetivos. As RAS organizam os sistemas de saúde horizontalmente, são centradas na atenção primária à saúde e se propõem a prestar assistência contínua a determinada população, no tempo e no lugar certo, com o custo minimizado e a qualidade desejável, além de se responsabilizar pelos resultados sanitários relativos a essa população².

São objetivos das RAS: contribuir para fornecer materialidade à gestão no processo de regionalização solidária e cooperativa³; construir um processo efetivo de regionalização da política de saúde, o qual requer a combinação simultânea de elementos técnicos, humanos, econômicos, políticos, culturais e de gestão. A concretização das RAS coloca um desafio que é, ao mesmo tempo, impulsionar uma reorganização da gestão da saúde com a integração das instâncias municipais, estaduais, federal e privada e - talvez o maior desafio - impulsionar uma mudança na prática social em relação à saúde individual e coletiva. Para que a ênfase dos investimentos recaia na atenção básica, desafiando a estrutura da saúde, é necessário que a população tenha maior acesso às informações para balizar sua relação com o sistema e, simultaneamente, adquirir novos hábitos, promovendo a própria saúde. Sabemos que promover a própria saúde não é uma decisão exclusiva do indivíduo, pois está relacionada aos condicionantes sociais de saúde.

No Brasil, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde produziu um importante relatório denominado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”. No documento, tem-se que o caso do Brasil é duplamente complexo em função de apresentar problemas sérios relacionados à distribuição da riqueza e de acesso aos recursos materiais e simbólicos essenciais à saúde. Além disso, o Estado ainda se mostra incapaz de compreender as necessidades da população, complexificando ainda mais o contexto⁴.

No modelo das RAS, é fundamental compreender a saúde a partir do território, em que as dimensões culturais, econômicas, ambientais e sociais se articulam às questões da saúde, o que nos leva a refletir sobre o modelo de Vigilância em Saúde (VS) implementado no país. O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, implementado em 1988, tem o modelo de Vigilância em Saúde como conceito central para a teoria e a prática da saúde pública: “O modelo baseado na Vigilância em Saúde (VS) [...] propõe-se a trabalhar a lógica de um conjunto articulado e integrado de ações [em rede], que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde da população”⁵ (p. 256).

O modelo médico assistencial-privatista - que tem a atenção à saúde predominantemente individual e curativa - e o modelo assistencial-sanitarista - que se operacionaliza a partir das unidades de saúde com campanhas, programas e as ações de

vigilância sanitária e epidemiológica - se articulavam de maneira contraditória no país, o que gerou a necessidade de serem revisitos em sua lógica tradicional em direção a uma aproximação com os indivíduos e para serem mais humanizados e resolutivos. Com isso, diversos princípios, tais como o da promoção da saúde, do processo de trabalho, da qualidade na atenção, da intersetorialidade e do planejamento local, passaram a permeiar as reflexões em torno da necessidade de “um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, por meio da vigilância da saúde [...] que envolve operações sobre os determinantes dos problemas de saúde, constituindo-se em ‘espaço da saúde’ e não exclusivamente de atenção à doença”⁶.

Contudo, foi só em 1999, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que ocorreu a regulamentação quanto às competências das esferas públicas na área de epidemiologia e do controle de doenças, com a indução efetiva para a descentralização de ações da União para os Estados e Municípios. O processo avançou rapidamente no país e caracterizou o sistema de Atenção à Saúde no Brasil, por meio de iniciativas com o intuito de fortalecer e qualificar a VS. Em termos conceituais, foi na Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004, - uma atualização da Portaria de 1999 - que passou a utilizar a denominação de Vigilância em Saúde, em substituição ao termo Epidemiologia e Controle de Doenças. Com essa mudança, ficou estabelecida uma maior coerência com a própria estrutura atual do Ministério da Saúde (MS) e com os processos similares que estão ocorrendo também nas Secretarias Estaduais e Municipais⁷.

Neste sentido, o Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus) surgiu de um esforço concentrado das três esferas governamentais, com o objetivo de intensificar a infraestrutura e a capacidade técnica dos sistemas de VS, desafio imposto pela descentralização do SUS. Os pesquisadores⁵ lembram que, na primeira etapa desse processo (1999 a 2004), foram viabilizados os recursos pelo MS para a implantação do novo modelo de VS. Na segunda fase (2004 a 2009), a meta foi fortalecer a gestão e a ampliação da capacidade de operação das secretarias estaduais e municipais⁵.

Atualmente, podemos afirmar que o modelo da VS, que tem o objetivo de desenvolver um conjunto de medidas capaz de diminuir, eliminar ou prevenir riscos à saúde, intervindo nos fatores condicionantes da saúde da população, já se encontra estabelecido em termos jurídicos e organizacionais. Em nível federal, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) passou a ser responsável pela coordenação nacional de todas as ações executadas pelo SUS nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, dos programas de prevenção e controle de doenças, de informações epidemiológicas, de análise da situação de saúde e de vigilância em saúde ambiental⁵, constituindo-se como a base para os trabalhos das RAS.

Essas subáreas da VS são focadas nos territórios, o que acabou gerando uma responsabilidade maior para os municípios, pois o processo de territorialização traz a necessidade de criação de



vínculos entre os serviços de saúde e a população, para que seja possível o entendimento dos problemas e necessidades de saúde⁸. Com isso, o próprio conceito de VS exigiu uma divisão interna para abarcar as diversas áreas de atuação.

Conceito de vigilância em saúde

O SUS constitui um modelo moderno de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características valorizar o nível municipal⁹. O modelo de vigilância do SUS surge com o objetivo de impulsionar novas ações que venham impactar na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, visto que auxilia no entendimento da multiplicidade dos fatores condicionantes do processo saúde-doença. Segundo o documento,

Não podemos entender vigilância como a mera coleta e análise das informações, mas sendo responsável por organizar as bases técnicas que guiarão os serviços de saúde na elaboração e implementação dos programas de saúde, sempre com a preocupação de uma contínua atualização e aprimoramento⁹ (p. 13).

É certo que o termo “vigilância” surgiu no contexto da saúde pública no final de século XIX. Com o desenvolvimento da ciência, foram incorporadas nas políticas e práticas de saúde os conhecimentos sobre as doenças e suas formas de transmissão nos diferentes locais, levando em consideração os fatores ambiental, econômico, social e cultural. Também foram contribuições da ciência os conhecimentos acerca das práticas de atenção aos enfermos e dos mecanismos adotados para impedir a disseminação das doenças¹⁰. Naquele momento, era indicado realizar a observação contínua da distribuição e as tendências de incidência das doenças para consolidar informes que pudessem ajudar a combater os males¹¹.

No Brasil, as primeiras ações de VS foram tomadas para conter uma epidemia de febre amarela, no século XVII, no porto de Recife. E com a transferência da Coroa Portuguesa, em 1808, adotou-se no país uma política sanitária. Porém, só em 1889 foi promulgada “a primeira Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos, para tentar, de maneira semelhante aos seus predecessores europeus, prevenir a chegada de epidemias e possibilitar um intercâmbio seguro de mercadorias”⁷.

Outro marco na evolução da VS no Brasil foi o ano de 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a Direção Geral de Saúde Pública (DGSP) do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que reorganizou as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis e criou o primeiro programa de prevenção em relação à febre amarela, além de instituir a obrigatoriedade de vacina antivariólica⁷.

Durante o século XX, o Estado organizou a VS com programas verticalizados, realizados diretamente pelo Governo Federal. Pensamentos críticos surgiram apenas na V Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1975, que propôs a criação de um sistema de vigilância epidemiológica no país. Essa recomendação foi imediatamente operacionalizada com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)⁷.

A opção pelo modelo de VS é fruto da institucionalização do SUS, em 1988, com a criação em 1990 do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), e, em 2013, pela criação da SVS, que coordena o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde em todo o território brasileiro¹².

No contexto da atual Política Nacional de Saúde, a articulação e integração entre a vigilância e outras áreas da atenção à saúde, sob a perspectiva das RAS, tem o sentido de ampliar a inserção da Vigilância e da Promoção no cotidiano dos serviços, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que dela emana o foco epidemiológico local a ser monitorado, senão equacionado. Dessa forma, a VS pode ser entendida como uma estratégia que tem foco no cuidado e visa assegurar que ações de promoção da saúde, de prevenção, de controle dos agravos e de atenção aos doentes ocorram segundo os princípios do SUS.

Assim, a VS é um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade do cuidado proposta pelo SUS, devendo, nesse contexto, inserir-se na construção das RAS¹³. Deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção utilizando os saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde¹⁴. Para operacionalizar as estratégias de ação, a SVS criou diferentes áreas de atuação.

Vigilância epidemiológica

É a área da VS que permite o conhecimento dos territórios para a tomada de decisão qualificada. A disponibilidade de dados fidedignos em relação à situação de saúde em todo e qualquer ponto da rede pode promover o diálogo necessário para tornar possível a tomada de decisão conjunta.

Desta forma, a Vigilância Epidemiológica compreende a sistematização de informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde¹⁰. Tem como funções, dentre outras: coleta, processamento, análise e interpretação dos dados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados, recomendações e promoção das medidas de controle¹⁴.

Vigilância sanitária

A Vigilância Sanitária é competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A Agência tem como finalidade promover a proteção da saúde “por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços [...] inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle dos portos, aeroportos e fronteiras”¹⁵ (p. 108).

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária planeja e executa um conjunto de ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. Também tem competência para intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo e



prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde¹⁰.

Neste escopo, se responsabiliza por atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva nos alimentos, nos brinquedos, na água, no ar, na terra e nos estabelecimentos comerciais¹⁵.

Vigilância em saúde ambiental

O crescimento populacional, a urbanização, o aumento da pobreza e a agressão ao ambiente colocam as populações frente a riscos de doenças e agravos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 30% dos danos à saúde estão relacionados aos fatores ambientais decorrentes de inadequação do saneamento básico (água, lixo, esgoto), poluição atmosférica, exposição a substâncias químicas e físicas, desastres naturais e fatores biológicos. Assim, a vigilância ambiental reúne inúmeras ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde¹⁰.

As prioridades de intervenção dessa área da VS estão focadas em fatores biológicos, representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos, bem como em fatores não biológicos, tais como a água, o ar, o solo, os contaminantes ambientais, os desastres naturais e os acidentes com produtos perigosos, apoiadas no reconhecimento da relação entre os possíveis riscos existentes nesses fatores e seus efeitos adversos sobre a saúde⁵.

Vigilância da saúde do trabalhador

Esta área visa à promoção e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos modelos de desenvolvimento e nos processos produtivos¹⁰.

Em outras palavras, a saúde do trabalhador se constitui como um conjunto de conhecimentos e práticas para entender e atuar nas interferências do trabalho no processo saúde-doença, preocupações que surgiram no contexto histórico de lutas sociais da década de 1970 e na Reforma Sanitária Brasileira. Esse setor ganhou corpo com a estruturação de serviços e programas de saúde do trabalhador na rede pública de saúde, em hospitais universitários em diversas regiões, no decorrer da década de 1980¹¹.

Promoção da saúde

Esta subárea da VS foca no cuidado integral à saúde das pessoas, com objetivo de promover a qualidade de vida, estimulando a população a reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados ao modo de viver, às condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Caracteriza-se, assim, como um conjunto de propostas de intervenção individual, coletiva e ambiental em corresponsabilidade entre o poder público e as comunidades para atuar sobre os determinantes sociais da saúde¹⁰.

As ações específicas promovidas pelo poder público são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável¹⁴.

O que se busca é que o conjunto dessas áreas da VS programem suas ações a partir da avaliação da incidência e prevalência de casos, das mortes, dos fatores de risco, entre outras variáveis. O que se espera é que por meio das investigações seja possível planejar de forma mais eficiente medidas eficazes de profilaxia e controle; de identificação de subgrupos da população que estarão sujeitos a riscos elevados de serem atingidos por algum dano⁹.

A maior parte das ações é realizada nos territórios e tem como gestores os municípios que devem realizar o seu planejamento a partir da realidade e necessidades da população local. Além disso, devem promover a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Neste processo, a VS encontra-se distribuída em patamares hierárquicos técnico-administrativos, nas esferas federal, estadual, municipal e regional, sendo que a base de todas as informações é a região, mais precisamente a microárea, que foi valorizada por entender que ela é que possui uma “inteligência sanitária”¹².

Tendo em vista a problemática envolvendo a implantação das RAS, realizamos uma ampla pesquisa numa microrregião para avaliar o processo de implantação das RAS como um todo. Neste artigo, fizemos um recorte dos resultados objetivando perceber em que nível a política de VS está estabelecida nos municípios desta microrregião no noroeste do Paraná. Entre as questões que buscamos responder estão: as estratégias de vigilância implementadas pelas secretarias de saúde dos municípios são consonantes com o que propõe o SUS? Quais as ações que vêm sendo implementadas?

MÉTODO

A pesquisa que deu origem a esse artigo foi aprovada no edital Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS - Edição 2012, com o título Levantamento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense - Amusep. Tratou-se de estudo transversal, descritivo e de abordagem quali-quantitativa, que utilizou vários instrumentos de coleta de dados. Para tratar do tema da VS, realizamos entrevista com os gestores de 24 dos 30 municípios que compõem a microrregião. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2014, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 66312.

O campo empírico constituído por 30 municípios foram: Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Florai, Floresta, Florida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu,



Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Melo, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranaity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi, Uniflor.

Foi realizada entrevista com roteiro estruturado com 24 secretários de saúde que foram gravadas, transcritas e tratadas por meio do *software* Atlas.ti para a Análise de Conteúdo e Categorização. As entrevistas foram realizadas por um grupo de seis mestrandos, os quais foram preparados por dois pesquisadores a partir de um protocolo de entrevista criado para a investigação. Cada entrevista durou em média 50 minutos. Na transcrição, os municípios foram codificados aleatoriamente iniciando com a letra M, seguido de número arábico sequencial.

Para analisar as entrevistas, utilizamos a Análise de Conteúdo¹⁶ entendida como um conjunto de técnicas para análise das comunicações. Sobre a transcrição, realizamos uma análise transversal em que foram selecionados todos os trechos das entrevistas em que abordavam aspectos relacionados à VS em termos de ações, práticas, problemas e estratégias adotadas para implantar a VS.

As categorias empíricas foram relacionadas às diversas áreas da VS¹² e infraestrutura. A seguir, apresentamos os resultados.

RESULTADOS

Das 24 entrevistas, reunimos 45 excertos. Como a entrevista tratou de vários temas além da VS, em quatro delas os gestores não fizeram qualquer menção ao assunto alegando não terem dados devido ao pouco tempo na gestão da saúde no município. Organizamos os excertos pelas categorias as quais serão apresentadas a seguir.

Epidemiológica

Em relação ao controle de dados e de levantamentos da situação de saúde, encontramos o maior número de excertos, os quais reúnem questões de vigilância de óbitos; citações sobre ações de epidemiologia, controle de endemias:

[...] a vigilância da AIDS [vem] trabalhando as doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS, em uma amplitude de escopo de ações, trabalhando as hepatites virais, tuberculose, hanseníase também fazendo esse perpasso dentro da vigilância e a vigilância dos óbitos, os óbitos maternos, os óbitos infantis 100% investigados dentro dos nossos comitês, eu acho que isso é um arcabouço aí que a gente conseguiu consolidar bastante grande no município (M1).

Tem os encontros da saúde bucal, tem dos hipertensos... tudo entra na vigilância a saúde (M5).

Nós temos a “epidemia”, e seu trabalho é Vigilância em Saúde, é cuidar para que seja evitada a morte da pessoa. Se a pessoa for infectada, então, a “epidemia” cuida dessa parte. Cuida da mortalidade infantil, do aleitamento

Materno, que é o pessoal que faz essa Vigilância de Saúde, que é a “epidemia” que faz (M13).

Pelos excertos fica uma certa impressão de que VS, tal como definida pelo SUS, ainda é uma política em construção, pois tanto foi indicada como um setor de controle de informações, como de ações de promoção da saúde, ainda que essa seja uma parte da política de VS.

Possivelmente pelo fato de que a região apresenta altos índices de incidência de dengue no Estado, encontramos nas entrevistas muitas referências a ações em VS relacionada a essa doença (M1, M4, M6, M7, M8, M10, M13, M15). Alguns trechos são elucidativos:

[...] mais pra eliminar criadouro, né, e buscar criadouros novos, né? A gente já tentou arrastão, que a gente faz arrastão com todos os funcionários da prefeitura, a gente já tentou consertar, a gente botou um carro de som duas vezes por semana alertando sobre a dengue, a gente espalha cartaz, mas assim, é difícil conscientizar a população (M4).

Nós trabalhamos Quinta-feira Santa, trabalhamos no Sábado de Aleluia e na segunda-feira [...]. Então, o trabalho é contínuo, é sempre. O mesmo trabalho que acontece hoje, acontece em dezembro, por exemplo, em julho. Toda vez que um cidadão é notificado de [dengue], nós vamos lá e fazemos assim, a pessoa mora aqui. Nove quarteirões, aqui, aqui, aqui e aqui, nove quarteirões desse raio dessa cruz aqui é passado o fumacê com a bomba costal. É o mesmo veneno do (fumacê) do carro (M13).

Pelos excertos, e pela predominância nas falas sobre ações de controle de doenças, consideramos que o setor de VS nos municípios investigados possui ainda uma forte vinculação com as ações epidemiológicas, em especial, relacionadas à dengue.

Ambiental

Também pudemos identificar que os gestores orientam as ações relacionadas à área de Vigilância Ambiental para o tratamento com a dengue (M4, M13, M8). Também disseram que a Vigilância Ambiental direciona esforços para outras zoonoses, em particular aquelas relacionadas à posse e guarda de cães (M1). Foram citadas ações relacionadas ao controle da água consumida na cidade em apenas dois municípios, um por ser a maior cidade da região (M1) e o outro pelo fato do município possuir fontes de água mineral, por isso, concentra esforços para oferecer água de qualidade aos cidadãos (M4).

Olha, a nossa água é mineral, né? Vem de poço artesiano. Para contaminação de químicos, eu não tenho conhecimento se é feita alguma análise não. Eu sei que é feita aquela análise para saber se ela é potável ou não, né? Isso é feito eu acho que a cada 15 dias, e de coliformes fecais, eu acho. Isso eu tenho certeza que são feitas periodicamente, agora de químicos... eu não vou saber te explicar (M8).



Em síntese, na região investigada, foram indicadas ações relacionadas à Vigilância Ambiental voltadas ao controle da Dengue, de Zoonoses e controle da água.

Sanitária

A categoria Vigilância Sanitária englobou temas como liberação de alvarás, destinação de remédios vencidos e, mais uma vez, trouxe o tema dengue e outras zoonoses.

[...] nós combinamos com a prefeitura de liberar alvará, só quem tiver a liberação da vigilância sanitária, porque antes era feito assim, você ia à prefeitura e pegava o seu alvará, estava liberado, mas a (Vigilância Sanitária) não tinha feito inspeção, então estava pulando etapas. Aí voltamos e falamos, “não, só vai liberar o alvará da prefeitura se estiver com a inspeção da vigilância sanitária, se estiver carimbado a inspeção certinho, aí vocês liberam”. Então agora a gente está conseguindo trabalhar direitinho. Aí está tendo a vistoria dos estabelecimentos também, mercadoria vencida, tudo, então eu acho que está ficando bem bom trabalhar. [...] E nós estamos conseguindo trabalhar melhor agora, quando eu entrei eu vi um pouco de dificuldade, porque até acho que o veterinário também era novo, tinha acabado de entrar, então a gente foi dando uma engrenada (M2).

Em outros municípios também foi indicado o trabalho com controle de produtos:

[...] quando o remédio vence, não vão jogar no lixo. Traz pra [Vigilância Sanitária] aqui que eles faz (sic) o documento e manda pra... (M12).

É, nós temos um técnico, né, de vigilância sanitária e temos uma médica veterinária responsável pela vigilância sanitária. Eles sempre têm feito visitas sim. Eles já atenderam bastante casos de denúncia, então eles vão vistoriar, essas coisas, mercado, produto vencido, né? Eles fazem análise das águas periodicamente, então eles, assim, eles trabalham bem dentro do roteiro mesmo (M8).

[...] nós temos a vigilância sanitária, que é o pessoal da dengue, que faz essa parte da dengue e endemias, que aqui temos muito o caramujo africano, então não pega só a dengue, pega toda essa parte, pessoal da endemias e tem a sanitária (M7).

Em síntese, em relação à Vigilância Sanitária, o controle de produtos aparece como uma prática que ainda está sendo incorporada ao cotidiano dos sistemas de saúde em nível local.

Saúde do Trabalhador

Em relação à saúde do trabalhador, somente dois gestores fizeram referência a ações neste sentido, porém somente um deles informou que essa atividade estava ligada à VS.

[...] não tinha (Programa Saúde do Trabalhador), hoje nós temos implantado, fez o curso, fez a adesão, nós ganhamos computador, então hoje nós estamos conseguindo trabalhar melhor (M2).

Eu tenho, assim, um profissional que responde pela vigilância sanitária, saúde do trabalhador, é meio que aquele profissional tudo (M9).

Nos demais municípios, não houve indicação de ações relacionadas à saúde do trabalhador, indicando ser ainda bastante insipiente este setor na região investigada.

Promoção da Saúde

No que tange à categoria Promoção da Saúde, os gestores indicaram ações direcionadas a campanhas definidas pelos programas do governo federal.

A gente aqui também, a gente faz campanhas sempre de saúde do homem e da mulher e do idoso (M11).

[...] nós temos o Programa [____] Saudável dentro do município [...] e, dentro disso, com eixos prioritários no combate ao tabagismo, na promoção de atividade física em saúde e na alimentação e nutrição saudável (M1).

Esse mês vai ter o Outubro Rosa, então a gente faz campanhas de prevenção de câncer de colo de útero, de mama, de próstata, vários itens que a gente vê necessidade, a gente faz (M16).

Todas as ações mencionadas fazem parte do calendário do governo federal em relação à VS. Nesse sentido, consideramos tal fato como indicativo da grande dependência dos municípios em relação aos governos federal e estadual para implementar ações de VS dentro dos parâmetros do SUS. O que nos indica uma verticalização ainda grande das ações de VS em relação aos níveis federal e municipal.

Infraestrutura

A questão da Infraestrutura emergiu das entrevistas com grande incidência, pois se mostrou bastante crítica a questão de pessoal disponível nas secretarias de saúde e a logística de trabalho para incorporar as ações de VS. Ficou evidente a dependência que os municípios possuem em relação ao nível estadual para garantir os serviços de VS no município. Vejamos alguns trechos:

E as meninas [da vigilância sanitária] que são fornecidas pelo Estado trabalham muito bem, elas já têm vários anos de profissão, então elas ajudam bastante a gente (M2).

Nós temos o veterinário no município e dois agentes de vigilância sanitária, que elas são fornecidas pelo Estado, mas elas trabalham aqui. E tem os agentes de endemias e o da epidemiologia (M2).

Tem bastante do recurso do Estado. Mas, a prefeitura ajuda (M17).



Tem recursos, do Vigia [Vigiasus]. Estadual (M5).

Com a falta de profissionais específicos para o setor, alguns gestores buscam alternativas para manter as ações na comunidade:

Eu entrei com uma epidemia e a equipe tinha dois agentes de endemias [para 11 mil habitantes] Então, o que nós fizemos? Nós tivemos que contratar cargo de comissão, tivemos que fazer transferência, hoje nós temos alguns auxiliares de serviços diversos na equipe para a gente poder trabalhar (M9).

É a médica que fica geralmente responsável por essa vigilância. Médica e a enfermeira. Quando eu percebo que não tá andando, eu dou uma chegada lá e falo com a médica (M15).

[...] o município tem 3 mil e poucos habitantes, tenho três agentes da dengue, mas um fica mais na coordenação e dois ficam mais no campo. E, eu tenho o diretor da vigilância sanitária também (M7).

[os] profissionais na vigilância epidemiológica é (sic) uma enfermeira, mas ela já tem um pouco mais de idade, então ela fica mais focada aqui na coordenação. Na dengue, é um senhor e na vigilância sanitária é uma senhora (M20).

Em vários casos são profissionais da saúde que atuam especificamente no setor de VS:

[...] não, nós temos a enfermeira da vigilância... Tem os agentes... três agentes de vigilância (M14).

Tem a [fulana], que é uma enfermeira da vigilância, e o [fulano], que trabalha na vigilância sanitária, e a gente faz um trabalho junto com eles (M16).

Na vigilância epidemiológica, a gente tem um enfermeiro da epidemiologia e na sanitária, a gente tem uma moça veterinária que tá na prefeitura. Ano passado, a gente conseguiu fazer a contratação de mais dois agentes (M4).

A epidemiologia tem a enfermeira que organiza e passa para as outras enfermeiras (M10).

Tem uma diretora de vigilância em saúde e tem uma gerência de promoção à saúde dentro do Programa [____] Saudável (M1).

De certa forma, pelos dados informados pelos gestores, a VS tem um certo nível de organicidade na estrutura dos municípios, em geral com maior infraestrutura naqueles com mais habitantes e que requer, em função de serem centros urbanos maiores, uma estrutura maior para atender à população.

Para sintetizar, as ações de VS que surgiram com mais frequência nas entrevistas com os gestores foram aquelas relacionadas à epidemiologia. As demais, ainda que tenham sido citadas, não mostraram serem linhas de ação com forte presença nas políticas

de saúde em âmbito local, seja por não terem uma estrutura de pessoal, seja por não terem recurso financeiro alocado para tal.

Encontramos uma diversidade de estratégias utilizadas pelos municípios para realizar as atividades de VS, relacionadas em larga medida à infraestrutura disponível. Nas cidades em que a VS era realizada com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), usavam a visitação nas casas, nas demais predominou as palestras e reuniões locais (M3, M5), e as palestras nas escolas também foram citadas como estratégia (M11, M6) na perspectiva da promoção da saúde. Alguns municípios reconheceram que as campanhas isoladas ou o uso exclusivo dos meios de comunicação não são suficientes para mobilizar a comunidade.

DISCUSSÃO

A pesquisa registrou que, dos 24 municípios que participaram da pesquisa, 20 indicaram ter ações de vigilância de forma sistemática, ainda que com concepções distintas. Um primeiro aspecto a ressaltar é que há consciência, em boa parte dos gestores, de que a vigilância é um serviço departamentalizado, mas com objetivos e planejamentos que deveriam ser melhor coordenados (M13, M4).

Observamos que a dengue na região é um o problema crítico e crônico, já que este é um tema que perpassa todas as áreas da VS. Sabemos que a VS possui necessariamente um caráter integrador inter e intrasetorial, o que cria a exigência de vínculos e de articulações com todas as outras formas de vigilância⁵. Mas chamamos a atenção para o fato de que as diferentes áreas da VS, na região estudada, ainda atuam descoordenadamente, em que as diferentes questões relativas à dengue, por exemplo, acontecem de forma diferenciada a partir das atribuições determinadas pelo SUS. Às vezes, por falta de pessoal, outras vezes, de forma recorrente, por falta de planejamento, conforme identificamos nas entrevistas com gestores.

Apesar disso, a pesquisa fez uma constatação importante: as ações de VS, incluindo a Promoção da Saúde, estão sendo inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família¹⁰, mesmo que de forma não conscienciosa ou a partir de um planejamento. O que de alguma maneira atende às atribuições e responsabilidades definidas pelo modelo das RAS em atuar nos territórios integrando “os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações”¹⁰. Segundo a autora, esse modelo de vigilância propõe uma nova maneira de pensar, olhar e agir no sistema de saúde, utilizando diferentes conhecimentos, com a integração da VS com a atenção primária, pois “é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias”¹⁰.

Assim, pesquisas¹¹ apontam que a VS é uma temática controversa no Brasil, porque apresenta entraves na integração das subáreas no campo institucional, pois “a fragmentação das vigilâncias [...] além da ênfase assistencial no SUS são questões crônicas que



dificultam ações integradoras e mais contundentes” (p. 1237). O que também foi observado em nossa investigação.

A questão de pessoal é um dos fatores críticos para a integração, pois, segundo a literatura, é necessário um processo de formação continuada para que a vigilância se articule com o atendimento¹². Esta foi uma das questões mais recorrentes nas entrevistas. Em 15 das 24 entrevistas, houve alguma observação em relação à equipe de trabalho destacando e valorizando o pessoal especializado da VS, porém aquele fornecido pelo governo estadual, ou seja, sem garantia de sua permanência no município. Registramos, por outro lado, gestores que citaram a ação dos ACS como atores importantes na área de vigilância. O resultado se relaciona com outras pesquisas¹⁷ em que os ACS das equipes do Programa Saúde da Família de Divinópolis, Minas Gerais, mostraram que o grupo desenvolvia um amplo leque de ações: algumas dentro do escopo proposto pelo MS, mas outras fora do seu âmbito de ação. Os ACS, tanto em nossa pesquisa, quanto na de Divinópolis, realizam desde atividades burocráticas, de VS, de informação e comunicação, de educação em saúde. O fato de eles estarem em contato com a comunidade e os serviços de saúde, fazem com que eles estejam “sempre bem informado”¹⁷ (p. 24). Foi o que também identificamos em relação à atuação dos ACS na região do Amusep.

Os pesquisadores ainda destacam que, em Divinópolis, o ACS tem papel fundamental no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, “uma vez que atinge a população em sua comunidade e em seu domicílio [...] pode proporcionar um estímulo à qualidade de vida e às condições de saúde”¹⁷ (p. 24). Isso pode ser corroborado em nossa pesquisa com a fala de um dos gestores em que reconhece que os ACS são “[...] os que sabem [de] todos os problemas que têm nas famílias, nas casas, no quintal, tá em contato com eles. Daí, eu acho que o ponto mais importante da saúde é o ACS” (M12).

No que concerne às ações de Promoção da Saúde na região pesquisada no Paraná, poucas ações foram citadas com características de educação em saúde. Para os gestores, as ações de promoção estão majoritariamente relacionadas às campanhas de prevenção que partem do governo federal e estadual, como as contra o câncer, saúde da mulher, saúde do homem, hipertensão etc.

Uma questão abordada de forma tímida nos chamou a atenção: o financiamento das ações de vigilância. Foram somente dois municípios que fizeram referência a essa questão, ainda que tenham sido questionados sobre o assunto. Somente um fez referência ao Vigisus e outro indicou os recursos do governo estadual como a fonte prioritária para o setor.

E eu tenho a epidemia aqui. Mas eu acho que o estado está dando um suporte bem legal nessa área (M9).

Com isso, não temos condições de avaliar o quanto os governos locais estão aportando recursos próprios para a VS, nos colocando o indicativo de que essa é uma área sensível na gestão pública da saúde em relação à VS.

CONCLUSÕES

Entre as questões que buscamos responder estão: as estratégias de vigilância implementadas pelas secretarias de saúde dos municípios são consonantes com o que propõe o SUS? Quais as ações que vêm sendo implementadas? Consideramos que as estratégias de vigilância implementadas pelas secretarias de saúde dos municípios vinculados à Amusep possuem relativa consonância com o que propõe o SUS, pois ainda apresentam dificuldades na operacionalização de um planejamento integrado de todas as subáreas da VS dentro das RAS. Enquanto alguns poucos municípios possuem uma diferenciação entre a equipe e as ações (epidemiologia, sanitário, ambiental etc.), na maioria dos pequenos municípios, o foco maior ainda são as ações epidemiológicas e de promoção da saúde por meio das campanhas organizadas pelo governo federal. Ainda persiste uma relação com o modelo de VS anterior à regulação promovida pela criação da SVS em 2013. O campo da Vigilância Epidemiológica e Ambiental apresentou uma forte vinculação com as ações relacionadas à dengue; e nesta última também para outras zoonoses transmitidas por animais domésticos e de controle da qualidade da água. No campo da Vigilância Sanitária, o controle de produtos aparece como uma prática que está sendo incorporada ao cotidiano dos sistemas em nível local; contudo, em relação à Saúde do Trabalhador, são quase inexistentes ações neste sentido.

De certa forma, pelos dados informados pelos gestores, o setor de VS tem um certo nível de organicidade na estrutura dos municípios, em geral com maior infraestrutura naqueles com mais habitantes, pois entendemos que essa condição exige uma infraestrutura maior.

Em síntese, as ações de VS que surgiram com mais frequência nas entrevistas com os gestores foram aquelas relacionadas à epidemiologia. As demais, ainda que tenham sido citadas, não mostraram ser linhas de ação com forte presença nas políticas de saúde em âmbito local.

Outro aspecto a considerar diz respeito ao financiamento das ações de VS que indicam haver dependência em relação aos níveis federal e estadual, pois o Vigisus e os profissionais cedidos pelo Estado foram as referências quanto ao financiamento, o município apareceu como financiador de parte das ações, com timidez no aporte de recursos.

Finalmente, em relação às ações, ficou evidente que as campanhas são largamente utilizadas, ainda que combinadas com outras formas mais capilares, tais como as palestras nas escolas, com profissionais e as visitas domiciliares dos ACS.

Esses dados nos mostram um processo de construção da VS nos moldes definidos pelo SUS, e que não encontra resistência à sua implantação. Se não está em estágio mais avançado, cabem outras investigações que se debrucem sobre os aspectos estruturais de pessoal e de recursos, pois nos pareceu os dois mais críticos em nível local para consolidar a VS nos municípios investigados.



REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde, Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde; 2003.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev Médica Minas Gerais. 2008;18(4 supl 4):S3-11.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos básicos de saúde; Série Pactos pela saúde 2006, vol 7).
4. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
5. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde Debate. 2015;39(104):255-67. doi:10.1590/0103-110420151040385
6. Andrade SR, Vidor AC, Ribeiro JC, Ribeiro CEP. Indicadores e Rede de Atenção: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho em Vigilância em Saúde. Interface. 2015;19(supl. 1):913-22. doi:10.1590/1807-57622014.0826
7. Ministério da Saúde (BR). Vigilância em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
8. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):929-36. doi:10.1590/S1413-81232009000300029
9. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. Vigilância em Saúde. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: https://unamus.moodle.ufsc.br/file.php/57/Impresso2106/Modulo16-UNI1_2106.pdf. [acesso 21 out 2016]
10. Woiski MM. Curso de vigilância sanitária. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2013.
11. Leão LHC, Vasconcellos LCF. Cadeias produtivas e a vigilância em saúde, trabalho e ambiente. Saude Soc. 2015;24(4):1232-43. doi:10.1590/S0104-12902015136460
12. Bocatto M. Vigilância em saúde. São Paulo: Unifesp; 2012.
13. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde, Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde: informações para os secretários municipais. 2a ed. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde; 2013.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
15. Aith F, Dallari SG. Vigilância em Saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Rev Direito Sanit. 2009;10(2):94-125. doi:10.11606/issn.2316-9044.v10i2p94-125
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
17. Araujo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Rev Bras Enferm. 2004;57(1):19-25. doi:10.1590/S0034-71672004000100004

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.