

Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família

Evaluation of the decentralization of epidemiologic surveillance to the Team of the Family Health Program

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos¹
Cristina Maria Meira de Melo¹

Abstract *The aim of this study is to evaluate the decentralization of Epidemiologic Surveillance actions to the Family Health Program in a city in the state of Bahia, Brazil. The research was conducted as a case study, using adapted techniques of thematic and evaluative analysis. In face of the need to adopt for this analysis, it was decided to adopt the political model of implantation analysis. The primary data were collected in semi-structured interviews with managers of the local Health Department and the Family Health Team and the secondary data through document analysis. The study demonstrated that Epidemiologic Surveillance is understood in three ways: as a kind of medical police action; as an instrument of surveillance focused on the control of transmissible diseases and as surveillance addressing the risk of damages. As refers to the capacity of intervention, although mainly directed to disease detection and control, the performance of the Family Health Team was found positive. We conclude that it is possible to decentralize Epidemiologic Surveillance to the Family Health Program but the effective implantation of this process will depend on the support of health managers and professionals and on a political project assuming the decentralization of epidemiologic survey a strategy towards reorganization of the healthcare system in the city.*

Key words *Decentralization, Epidemiologic surveillance, Family Health Team, Evaluation*

Resumo *Este estudo avalia a implantação da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para a equipe do Programa de Saúde da Família em um município da Bahia. Trata-se de uma pesquisa avaliativa através de um estudo de caso, com uso de técnicas adaptadas de análise temática e avaliativa, e adoção do modelo político da análise de implantação. Os dados primários foram obtidos através de entrevista semi-estruturada com os gestores da Secretaria Municipal da Saúde e trabalhadores do Programa de Saúde da Família e os dados secundários, através da análise de documentos. A pesquisa demonstrou que a vigilância epidemiológica é compreendida como uma prática voltada para o poder de polícia médica; como uma vigilância voltada para o controle das doenças transmissíveis e como vigilância de riscos e danos. Quanto à capacidade de intervenção, confirma-se um desempenho positivo da equipe no Programa de Saúde da Família, ainda que relacionada à detecção da doença e adoção de medidas de controle. Conclui-se que é possível descentralizar a vigilância epidemiológica para a equipe do Programa de Saúde da Família, muito embora esta ainda não tenha ocorrido efetivamente, se caracterizando muito mais como uma desconcentração de atividades, por razões políticas.*

Palavras-chave *Descentralização, Vigilância epidemiológica, Equipe de Saúde da Família, Avaliação*

¹Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Av. Dr. Augusto Viana s/n, Bairro Canela. 40110-060 Salvador BA. silvone.s@terra.com.br

Introdução

Este estudo tem como objeto a implantação da descentralização da vigilância epidemiológica (VE) para a Equipe de Saúde da Família (ESF) num município baiano. Assume como referência a evolução histórica e conceitual da vigilância epidemiológica, a descentralização da saúde, e os aspectos conceituais da avaliação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma das suas diretrizes a descentralização, com vistas à reorientação do modelo de atenção e gestão. Nesta direção, a estratégia da Saúde da Família foi concebida com o propósito de reordenar os serviços da rede básica e implantar um novo modelo de atenção. Portanto, descentralizar a VE para a ESF implica valorizar a realidade locorregional, identificando problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes.

A VE, segundo a Lei Orgânica de Saúde¹, é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva. Tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Essa concepção rompe com um modelo de atenção à saúde com enfoque biológico e centrado na atenção à doença. Adota como paradigma conhecer os fatores que determinam e condicionam o aparecimento de um agravo nos espaços coletivos para implementar medidas eficazes de controle.

Segundo o Ministério da Saúde², são funções da vigilância epidemiológica: a coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação das informações pertinentes. Portanto, as funções da VE estão pautadas na tríade informação-decisão-ação. Para o seu fortalecimento, é preciso ampliar o seu escopo de atuação para além do controle das doenças transmissíveis, com a inclusão de outros agravos relevantes para a saúde da população. Assim, a atuação da VE deve ultrapassar o enfoque da doença, procurando identificar os fatores que determinam o processo saúde-doença e, assim, desenvolver práticas voltadas para a promoção da saúde. Neste campo, o Programa de Saúde da Família (PSF) assume papel fundamental, na medida em que deve se constituir na porta de entrada do SUS.

Dado que o PSF foi implementado para modificar as práticas sanitárias, na medida em que as ações operadas estariam direcionadas para as famílias de cada território, permitindo conhecer mais de perto o estado de saúde da população local, existem maiores possibilidades da ESF desenvolver com eficácia as funções inerentes à VE, implicando a melhoria dos indicadores de saúde dos grupos populacionais. Parte-se do pressuposto de que a ESF convive mais de perto com os problemas de saúde da população e tem condições de intervir oportunamente sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Assim, um grande passo para a reorientação das práticas de saúde é a descentralização da VE para a Equipe de Saúde da Família, à medida que os profissionais incorporarem-na como uma atividade cotidiana do trabalho e desde que o contexto político local seja favorável a este processo de mudanças.

A descentralização da VE para os municípios ocorre de forma gradual, com repasse das responsabilidades e também dos recursos da esfera federal para a esfera municipal. Na verdade, este processo representa muito mais uma desconcentração de ações, haja vista que a maioria dos municípios não está estruturado para assumir efetivamente a descentralização da VE. Devido às diferenças políticas regionais, alguns municípios avançam mais do que outros na implantação da descentralização. Do ponto de vista financeiro, em muitos municípios, os recursos são escassos ou mal utilizados, produzindo como consequência ações incipientes e de baixo impacto.

O lócus desse estudo é o segundo maior município do estado da Bahia e assumiu as ações de VE no ano de 1993, com a criação da Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal da Saúde. Em 2001, inicia-se a implantação da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as ESF³. Encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal desde março de 2004. Dispõe de 72 Equipes de Saúde da Família, sendo que dezenove estão localizadas na zona rural e 53 na zona urbana, com cobertura de 50% do total da população do município.

Evolução histórica da concepção de vigilância epidemiológica

Nas primeiras décadas do século XX, o Brasil apresentava um crescimento econômico ao mesmo tempo em que convivia com as doenças pes-

tilenciais que ameaçavam a produção e trocas no campo da economia. O caráter agro-exportador da economia vigente sofria os efeitos do panorama sanitário da época, principalmente porque os navios estrangeiros não atracavam nos portos brasileiros evitando que seus tripulantes contrásem doenças⁴.

Buscando reverter esta situação, surgem, como principal medida de intervenção, as campanhas de vacinação, com um caráter de controle de polícia e a obrigatoriedade da vacinação. Na década de 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a direção de Oswaldo Cruz. Este adotou um modelo campanhista de atenção à saúde, direcionado para as camadas mais pobres da população, na tentativa de resolver os problemas de saúde pública⁵, modelo esse ainda presente nos dias atuais. A VE adotava a vigilância de pessoas através do isolamento e quarentena, não considerando os fatores determinantes e condicionantes das doenças⁶. A concepção inicial de vigilância epidemiológica era, portanto, a “observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”⁷.

A partir da década de 1960, a VE foi solidificada internacionalmente e compreendida como o conhecimento da história natural da doença, assim como dos seus fatores condicionantes, permitindo indicar medidas eficazes e eficientes para prevenir e controlar determinadas doenças⁸.

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é referendado na V Conferência Nacional de Saúde e formalizado através da Lei nº 6.259/75 e suas ações regulamentadas em 1976 para todo o território nacional.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), o conceito de VE foi ampliado, envolvendo um “conjunto de saberes e campos de ação de epidemiologia (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, programação em saúde, etc.), no sentido de redimensionar o escopo das intervenções sanitárias”⁶. Essa nova abordagem transcende o fazer baseado na história natural da doença, em que se busca apenas conhecer os integrantes da cadeia epidemiológica. Este novo conceito exige o monitoramento constante dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Esta concepção de VE acompanha o contexto da reorganização do modelo de atenção à saúde, pautado nos princípios doutrinários do SUS - a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços e à atenção à saúde - assu-

mando como princípios organizacionais a descentralização dos serviços e ações de saúde, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação popular.

A descentralização da vigilância epidemiológica

Ao resgarmos a história do processo de descentralização na área de saúde no Brasil, reportamos ao período compreendido entre o pós 1964 até o início da década de 1980, período esse marcado pela forte centralização no processo de tomada de decisão. A política social desta época era caracterizada pela excessiva fragmentação das ações, privatização e maximização de interesses particulares em detrimento dos interesses coletivos⁹.

Entre o período de 1969 a 1984, com a expansão de subsídios do governo federal através de financiamento do Banco Mundial, o setor privado, especialmente na área hospitalar, cresceu em 465%¹⁰. Essa aceleração do setor privado reforçou as propostas do projeto neoliberal também no setor saúde, que estão pautadas na tríade: privatização, focalização e pouca regulação por parte do Estado. O setor privado passou a exercer forte pressão no processo de tomada de decisão do governo, estabelecendo um hiato entre o que era realmente necessário para a população e o que era definido como prioridade na política governamental, gerando forte exclusão e marginalidade social.

A década de 1980 foi marcada por uma grave crise econômica no país e por forte tensão entre a população, originando movimentos sociais que provocaram grandes repercussões na área de saúde, o que culminou com o movimento da Reforma Sanitária. Este movimento buscava superar a crise no setor, que não resolvia os problemas de saúde da população, impulsionando a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986, com a formulação e aprovação de um sistema de saúde universal, integral, igualitário, descentralizado e com controle social.

A maioria das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde foi referendada na Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90). A descentralização passou a ser entendida como uma prioridade para a consolidação do SUS, uma vez que permitiria o controle social e romperia com a centralização das políticas governamentais, envolvendo redistribuição de poder, competências e recur-

sos. Portanto, a descentralização não se constitui em desconcentração de recursos, pulverização e segmentação das ações governamentais¹¹.

Há de se considerar que a descentralização via municipalização da gestão dos serviços de saúde ao longo da década de 1990 se configurou como elemento central na agenda do governo federal, sendo que 99% dos municípios em 2000 estavam habilitados no Sistema Único de Saúde. Neste aspecto, a descentralização da saúde pode ser considerada como uma experiência bem-sucedida, uma vez que transferiu aos municípios responsabilidades de gestão na prestação de serviços¹². Entretanto, as disputas de poder e os diferentes interesses político-partidários, tanto nos estados como nos municípios, geraram distorções na organização dos serviços, reproduzindo práticas sanitárias focalizadas e burocratizantes, muitas vezes distantes das reais necessidades da população.

Ainda que a descentralização na saúde seja uma possibilidade de ruptura de um modelo de atenção fragmentado e de baixa resolutividade, é preciso superar algumas contradições explícitas ou implícitas nesse processo. No que diz respeito à descentralização da VE, observa-se que foi necessária a publicação de uma portaria para a adesão dos municípios, o que implica no cumprimento de uma série de requisitos (formalização do pleito pelo gestor municipal, comprovação de estrutura e equipe, etc.) para a liberação do financiamento. Assim, pode-se afirmar que o processo de descentralização de VE assume certa verticalidade e centralidade, dado que não é concebida pelo município, ou seja, alguns gestores municipais acabam aderindo aos requisitos da Portaria nº 1.399/99 para assegurar mais recursos e, não necessariamente, com uma intenção real de desenvolver com efetividade as ações de VE que estão sob a sua responsabilidade.

A descentralização da vigilância epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família

O PSF assume, no atual cenário de saúde, papel de destaque, desenhado com a pretensão de reestruturar o modelo de atenção à saúde hegemônico, predominantemente centrado no hospital e na prática médica, com características assistencial individualizada e curativa. O PSF só poderá causar mudanças se for concebido realmente como uma estratégia, onde os atores sociais sejam co-participantes no modo de fazer saúde. Nessa direção, é interessante citar Campos¹³, quando pro-

põe uma gestão colegiada na saúde, com a democratização do poder, descentralização sem burocratização e manutenção de espaços permanentes de negociação. No entanto, o PSF também pode ser operado para atender aos ajustes neoliberais, de forma focalizada e concebido como uma medicina de pobres para pobres.

Direcionando para a especificidade do sistema de saúde do município deste estudo, esse apresenta uma lógica de funcionamento fragmentado, caracterizado pela dicotomia entre o público e privado, não diferindo do sistema de saúde brasileiro, haja vista que a oferta e a produção de serviços ocorrem de forma “discriminatória, seletiva e centrada na atenção médica”¹⁴, possuindo caráter focal.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) no referido município ocorreu em 1992, sendo priorizados para implantação os bairros situados na periferia e zona rural¹⁵, onde a população convive com situações bastante adversas para a saúde. O Programa começa a ser implantado no município com utilização de baixa tecnologia e sem assegurar um sistema de referência e contra-referência às ações de média e alta complexidade. Em 2000, também o PSF é implantado no município, adotando como critério para definição da área de implantação grupos mais pobres da população e com uma proposta focalizada de intervenção¹⁶.

O Ministério da Saúde estabelece dentre as atribuições dos trabalhadores das ESF: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco; executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária na sua área de abrangência¹⁷.

Entendemos que não se trata apenas de repassar mais uma função para as equipes do PSF, e sim de assumir a responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência, realizando intervenções através da articulação intersetorial. Compreendemos também que os problemas de saúde da área de abrangência deverão ser direcionados conforme a complexidade e disponibilidade de recursos, assegurando a integralidade da atenção e a melhoria dos indicadores de saúde.

No entanto, algumas questões são cruciais para o êxito da descentralização: a participação dos cidadãos no sistema de saúde, através dos conselhos municipal e local; a autonomia dos profissionais na realização das ações, avaliando sistematicamente seus resultados; a utilização de protocolos para situações previamente definidas pelo

Ministério da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde, agregando o conhecimento da clínica; educação permanente das equipes e, sobretudo, vontade política do gestor local. Trata-se de um processo que envolve a dimensão administrativa, técnica e política da organização do SUS municipal.

Isto implica assumir que são muitos os desafios para a efetivação da descentralização da VE para a ESF, em particular do município deste estudo, em que “a implantação do PSF no município acabou sendo conformada pelo particularismo e pelo clientelismo, características do modo de produzir política em municípios oligárquicos”¹⁶.

Aspectos conceituais sobre a avaliação em saúde

A conotação de avaliação que reportaremos neste trabalho será a de pesquisa avaliativa que, na concepção de Contandriopoulos *et al.*¹⁸ “consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos”. Para estes autores, a avaliação pode ser decomposta em seis tipos de análise: análise estratégica; análise de intervenção; análise de produtividade; análise dos efeitos; análise de rendimento ou de eficiência e análise de implantação. Adotamos no estudo o modelo de análise de implantação, que consiste não só em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, como também em verificar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está sendo implantada.

Para realizar a análise de implantação, definindo a influência do contexto nos efeitos produzidos, se faz necessária, a partir das teorias das organizações, a adoção de um determinado modelo. Dentre os modelos existentes (modelo racional, modelo de desenvolvimento organizacional, modelo psicológico, modelo estrutural e modelo político), optamos pelo modelo político. A razão dessa escolha está apoiada nos fatores utilizados pelo modelo político para avaliar a eficácia de uma intervenção, o que se coaduna com os objetivos da pesquisa desenvolvida: o suporte dado à intervenção pelos seus agentes; se esses agentes estão aptos a operacionalizar com eficácia a intervenção; se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção¹⁹.

Metodologia

Este é uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa, que responde como ocorre a implantação da descentralização da VE para a ESF num município baiano. Em decorrência do objeto de estudo, selecionamos dois componentes do modelo político da análise de implantação: a análise dos determinantes contextuais e a análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados neste processo.

Como se trata de um estudo de caso, foi selecionada uma unidade de saúde da família do município, implantada em maio de 2002. A ESF selecionada tem sob a sua responsabilidade sete microáreas, abrangendo 883 famílias.

Os atores da pesquisa foram assim agrupados: Grupo 1: Trabalhadores da Equipe Saúde da Família (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde); Grupo 2: Gestores do âmbito central da Secretaria Municipal da Saúde (secretária municipal de saúde, chefe da divisão de vigilância epidemiológica, chefe da atenção básica e coordenadores dos programas de tuberculose e hanseníase). Os coordenadores dos programas de controle da hanseníase e tuberculose foram selecionados no momento exploratório pela constante citação desses agravos durante as entrevistas.

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

Para a coleta, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme preconiza a Resolução nº 196/96²⁰, assegurando, assim, o anonimato dos autores e o sigilo das informações relatadas. Além disso, o projeto de pesquisa foi submetido a um Comitê de Ética e obteve o consentimento da Secretaria Municipal da Saúde pesquisada.

Para a coleta de dados primários, aplicamos a entrevista semi-estruturada. O roteiro constou de informações quanto às concepções dos atores sobre VE; inserção dos trabalhadores da saúde na VE; aspectos sobre a implantação da descentralização da VE; facilidades e dificuldades e ava-

liação dos atores quanto ao processo de descentralização da VE. Os dados secundários foram obtidos através da análise de documentos. Tais fontes de informação, como assevera Yin²¹, foram úteis para corroborar e valorizar as evidências obtidas nas entrevistas.

Para a análise dos achados, utilizamos a técnica de análise temática, com base nos fatores definidos pelo modelo político da análise de implantação. Também foi utilizada a técnica de análise de avaliação²², adaptada por Melo²³, que nos permitiu analisar as representações dos atores da pesquisa na emissão de enunciações avaliativas sobre a implantação da descentralização das ações de VE para as ESF. Utilizamos na análise da avaliação uma abordagem multirreferencial, propícia para contextualizar o fenômeno estudado, captar suas múltiplas relações e explicações para amplamente apreendê-lo, relacionando-o com o contexto global.

O primeiro movimento de análise foi efetuado a partir dos dados extraídos das entrevistas, relacionando-os com o contexto organizacional. Realizamos análise das enunciações avaliativas, que consistiu em identificar juízos de valor dos atores em relação à implantação da descentralização da VE para a ESF. Nesta etapa, classificamos as enunciações como positiva ou negativa para o processo de descentralização. Elaboramos três quadros esquemáticos: o primeiro representando as concepções dos atores da pesquisa com relação à VE (identificando-se a concepção, sua descrição e as variáveis e o autor); o segundo representando os determinantes contextuais no processo de implantação da VE para a ESF e a influência da descentralização na organização da Unidade de Saúde da Família (identificando-se tema central e sua descrição e autoria e o valor atribuído pelo autor ao processo de descentralização); o terceiro destacando as enunciações avaliativas quanto à implantação da descentralização da VE para a ESF, segundo ator.

O segundo movimento foi realizado após revisão e análise dos documentos, destacando-se as variáveis relativas à estrutura organizacional e administrativa.

Identificamos a categoria empírica central: a implantação da VE para a ESF, sendo retratada em duas subcategorias: as concepções da VE; o contexto da descentralização da VE para a ESF. Na análise dos achados, destacamos alguns aspectos, apresentados a seguir.

As concepções sobre a vigilância epidemiológica

A VE, conforme emerge das entrevistas, é concebida de uma forma reducionista, com suas ações direcionadas para o poder de polícia médica; ou voltadas para o controle de doenças transmissíveis. Identifica-se episodicamente que a atuação da ESF é pautada no acompanhamento dos agravos e dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população. Desta concepção, se destacam outras subcategorias de análise descritas a seguir.

A vigilância epidemiológica como poder de polícia médica

Os depoimentos, e o tom como foram ditos, deixam perceber claramente a imposição, pelos profissionais, de normas e medidas às famílias ou grupos assistidos pela ESF. O traço marcante desta concepção de vigilância epidemiológica, recorrendo a Foucault²⁴, é o controle da vida do indivíduo e da família, inclusive sobre seus problemas mais privados, em nome de um pretensão bem-estar da comunidade. Portanto, as questões relativas às crianças, grávidas, alimentação, vestuário, recreação, higiene deveriam e devem, segundo os entrevistados, ficar sob a égide da medicina. Para Foucault²⁴, esta concepção “constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra em uma série de prescrições que dizem respeito não só a doença, mas às formas gerais de existência e de comportamento”.

Trata-se de ações restritivas, voltadas exclusivamente para o indivíduo, excluindo-se da sua vida o contexto social onde se insere. O corpo é apenas um instrumento para o exercício do poder técnico. Os depoimentos dos sujeitos da pesquisa configuram um cenário autoritário e intervencionista. Do ponto de vista político, consideramos este um aspecto negativo para a implantação da descentralização da VE para as ESF, por não permitir que a própria população seja ator relevante na execução das ações de vigilância epidemiológica. Em pleno século XXI, se reproduz no SUS a busca pela docilidade dos corpos que devem, sem discussão, se submeter às determinações técnicas e políticas do sistema de saúde e dos seus trabalhadores.

A concepção da vigilância epidemiológica centrada na doença

As ações de VE, conforme destacado nos depoimentos, ainda são predominantemente de

controle e focadas nas doenças, e estão pautadas no modelo de atenção biomédico. O modelo biomédico, ainda hegemônico, é centrado no saber clínico e privilegia a atenção às pessoas, independente dos determinantes e condicionantes sobre o processo saúde-doença. As ações de prevenção são direcionadas para o estabelecimento de diagnóstico, medidas de isolamento e tratamento. Trata-se de vigilância de casos com o objetivo de quebrar a cadeia epidemiológica da doença.

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

Em estudo realizado por Cerqueira⁸ sobre as práticas da VE do município, este aponta para um reducionismo das ações de VE, centradas no controle e prevenção de doenças de notificação compulsória. Isto demonstra que, mesmo se passando alguns anos, continua prevalecendo o discurso em torno da prática da VE voltada para o controle das doenças transmissíveis. Isto indica também que o processo de descentralização não leva em conta um investimento continuado na mudança de concepções e práticas dos profissionais e gestores, o que influi no modo como compartilham a responsabilidade sobre a saúde da população.

Por outro lado, os discursos revelam uma clara desresponsabilização dos serviços e do sistema de saúde e de responsabilização do usuário, que por outro lado não pode conhecer e decidir sobre sua própria saúde.

A concepção da vigilância epidemiológica centrada em riscos e danos

Algumas falas revelam uma concepção que amplia a capacidade de intervenção dos trabalhadores da ESF. Contudo, apenas os gestores percebem a VE centrada na identificação de riscos e danos. E, ainda assim, apontam para a identificação dos riscos sem indicar que se pode utilizar a situação identificada no sentido de adotar estratégias de ação que possam reduzir os danos à saúde da população.

É importante salientarmos que, para prevenir riscos e danos, a vigilância epidemiológica deve

atuar de forma integrada com a vigilância sanitária e ambiental. No entanto, as práticas das vigilâncias no município permanecem segmentadas e com recortes específicos de atuação, conforme demonstrado nos relatórios de gestão do período de 2001 a 2004, em que não se observa nenhum registro de atuação integrada. Vale destacar também que em nenhuma entrevista foi enunciada alguma ação da VE integrada com as demais vigilâncias.

Tomando por base as enunciações em torno das concepções de VE, inferimos que o município avança lentamente no processo de implantação da descentralização, dado que os seus responsáveis concebem as práticas de VE num modelo que não responde ao perfil epidemiológico da população local. Isto faz com que a descentralização, neste contexto, se constitua apenas em um processo de repasse das atividades da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde para as ESF, sem responsabilidade desta sobre os resultados que as ações implementadas possam produzir.

O contexto da descentralização da vigilância epidemiológica para a ESF

Ao analisarmos os dados empíricos, surgiram cinco temas relevantes para análise relacionados ao contexto da implantação da descentralização da VE para as ESF. São eles: planejamento; capacitação de recursos humanos; organização do processo de trabalho; articulação intra-institucional; organização da unidade de saúde da família.

Dos gestores emerge uma concepção de planejamento numa concepção centralizada e pontual. Os trabalhadores da saúde não relatam participação no planejamento, o que pode indicar que o sujeito que faz a ação não planeja a mesma. Verifica-se um paradoxo nos discursos dos entrevistados, pois ao mesmo tempo em que reforçam a centralização do planejamento, defendem a descentralização da VE. Tal paradoxo pode indicar que o cenário atual ainda não é favorável ao desencadeamento de processos de mudanças no modo de pensar e fazer VE no município.

Quanto à capacitação, esta emerge como uma das principais estratégias utilizadas para a implantação da descentralização da VE. A capacitação é considerada uma ação que resolverá os problemas das práticas dos profissionais de saúde, sem considerar os aspectos quanto à formação dos profissionais e as condições de trabalho da ESF. Ainda que os processos de capacitação sejam necessários e contribuam positivamente

para a implantação da descentralização da VE, a análise documental indica que as capacitações realizadas foram direcionadas para a descentralização das ações de agravos específicos, a exemplo da tuberculose, dengue, doenças exantemáticas e hanseníase. Essas capacitações, com foco na epidemiologia, aspectos clínicos das doenças e medidas de controle dos agravos, não são suficientes para mudar as práticas de VE em direção ao paradigma em que a promoção da saúde sobreponha a prevenção de doenças.

Quanto ao trabalho, no caso estudado, os trabalhadores da ESF são contratados através de cooperativas, com um vínculo precário de trabalho. No entanto, nenhum dos trabalhadores entrevistados mencionou a sua vinculação precária no sistema local de saúde. Este fato pode estar relacionado ao jogo de interesses individuais de cada trabalhador, no sentido da preservação do seu emprego. Somado a isto, identifica-se uma falta de visão política dos trabalhadores entrevistados, o que contribui para a manutenção desta relação precária de trabalho. Notadamente, as falas em torno da rotatividade dos profissionais nas ESF se concentraram no grupo de gestores, demonstrando estes uma forte preocupação com a ruptura no processo de implantação da descentralização da VE no município. No entanto, não foram apontadas propostas pelos gestores no sentido de modificar este quadro. Deste modo, podemos inferir que, até o momento, o município não adotou uma política que possa reverter esta problemática, até porque as formas de contratação flexíveis parecem atender aos interesses políticos partidários ainda dominantes nos municípios brasileiros.

As entrevistas revelam divergência quanto ao estágio de articulação intra-institucional existente no município. Enquanto na fala do gestor é enfatizada como facilidade a comunicação entre a Divisão de VE com as ESF, para os trabalhadores, a falta de articulação entre a divisão de VE e a ESF se constitui em uma dificuldade para operar as intervenções na área de abrangência da USF. Essas divergências revelam lógicas diferentes de trabalho, tanto pela equipe que compõe a divisão de VE do município como pela ESF. O que é identificado como desarticulação pode ser atribuída, em parte, pela forma em que historicamente se organizou o processo de trabalho da VE no município. Este trabalho é centrado em equipes treinadas exclusivamente para o desenvolvimento das ações de vigilância, delegando-se para os trabalhadores das unidades básicas de saúde apenas a atividade de notificação compulsória das doenças.

A lógica de organização do processo de trabalho no PSF exige um trabalho multidisciplinar, com compartilhamento do processo decisório, planejamento das ações, organização do trabalho de forma horizontal e efetivo controle social. No caso estudado, podemos inferir que o trabalho tem como ênfase a realização de tarefas, seguindo a abordagem científica da administração. Os trabalhadores não se percebem como componentes de uma equipe. Para alguns entrevistados, trabalhar em equipe na saúde é simplesmente comunicar ao outro a ocorrência de um fato, para que esse outro defina o que se deve fazer. Contudo, trabalhar em equipe é trabalhar de forma horizontalizada, desenvolvendo ações integradas; aglutinando o saber e os sujeitos desse saber e considerando as singularidades da prática de cada profissão, na perspectiva de construir propostas e ações coerentes com as necessidades da população.

Análise avaliativa da implantação da descentralização da VE para a ESF

As enunciações avaliativas dos entrevistados indicam desempenho positivo quanto à capacidade de intervenção da ESF, ainda que relacionado sobretudo com a detecção da doença e adoção de medidas de controle, o que reforça a análise anterior da existência de uma prática fragmentada na ESF e de uma concepção de VE voltada para o controle das doenças transmissíveis. Revela também que o modelo de atenção no município é centrado na doença, distante da concepção filosófica que originou o PSF no Brasil.

Isto indica que é necessário mais que o compromisso de alguns atores no processo. A descentralização da VE exige uma decisão política que assuma, na prática, a descentralização da VE como uma diretriz da Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar da maioria dos depoimentos apontarem os atores locais como favoráveis ao processo de descentralização, o desempenho deste processo é avaliado como apresentando avanços e retrocessos. Os entrevistados não conseguem identificar facilidades no processo, ainda que se posicionem a favor da descentralização. Este elemento de análise permite inferir que no caso estudado existe mais uma desconcentração de atividades de VE do que efetivamente sua descentralização.

Ainda que se declare apoio a esta intervenção, tendo em vista que os discursos tanto dos trabalhadores da saúde, quanto dos gestores, são favoráveis à descentralização da VE, as estratégias que foram e estão sendo utilizadas não contribuíram para que esta seja efetivamente imple-

mentada. A inexistência de um projeto político da descentralização da VE como uma ação estratégica reflete o descompasso entre o discurso e a prática dos sujeitos responsáveis pela saúde da população.

Considerações finais

Este estudo, ao avaliar como ocorre a implantação da descentralização da VE para a ESF em um município da Bahia, identificou que tanto os trabalhadores de saúde como os gestores compreendem a VE dentro de três eixos. O primeiro como uma prática voltada para o poder de política médica; o segundo como uma vigilância voltada para o controle das doenças transmissíveis e o terceiro como uma vigilância de riscos e danos. A prática da VE é centrada no controle de doenças e agravos, direcionada para o indivíduo e operada de modo fragmentado. As ações de prevenção da doença se sobrepõem à promoção da saúde, numa clara organização do trabalho centrada no atendimento de uma demanda quase sempre espontânea, não se intervindo nos fatores determinantes do processo saúde-doença.

A concepção e o valor que é dado pela equipe quanto ao fazer da VE, na verdade foram considerados como uma prática secundária na organização do processo de trabalho.

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

auxiliares de enfermagem, que demonstraram pouco entendimento sobre as práticas de vigilância epidemiológica.

A forma como se originou a VE contribuiu para ancorar a representação de que as suas ações devem ser assumidas por técnicos especializados, e que as atividades estão restritas ao controle das doenças. Isso significa que os processos de capacitação não levam tal aspecto em conta ou não contribuem para remover tal compreensão.

Pode-se concluir que a descentralização da VE para a ESF contribuiu para a melhoria de alguns indicadores de saúde, confirmando o pressuposto do estudo quando afirma que descentralizar a VE para as ESF implica valorizar a realidade local-regional, identificando os problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes. No entanto, constatamos também que a descentralização ainda não está implantada, se caracterizando muito mais como uma desconcentração de atividades.

Realizar este estudo permitiu também avaliar que é possível descentralizar a VE para a ESF. No entanto para que ocorra a descentralização de forma efetiva é fundamental o apoio, no processo de implantação, tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde. É necessário o estabelecimento de um projeto político que assuma efetivamente a descentralização da VE como uma estratégia para reorganização da atenção a saúde no município.

O estudo aponta para a necessidade de participação ativa dos atores no processo de repensar a política de descentralização da VE para um microespaço de intervenção que é o Programa de Saúde da Família, de forma a definir os objetivos, as metas, as estratégias de implantação e os mecanismos de avaliação, buscando identificar os avanços e superar os entraves numa intervenção complexa e fundamental para mudar o estado de saúde da população.

Colaboradores

SSB da Silva Santos elaborou o artigo que faz parte de sua dissertação de mestrado, intitulada “Avaliação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família”. CMM de Melo foi a orientadora da referida dissertação e contribuiu com a concepção e revisão crítica.

Referências

1. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Bahia. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. *Relatório de Gestão 2001*. Feira de Santana: Secretaria Municipal da Saúde; 2001.
4. Bahia. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Vigilância da Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. *Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica/TBVE*. Salvador: SESAB; 1998.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Manual do treinamento. Módulo I*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2000.
6. Paim JS, Teixeira MGLC. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica*; 1992; Brasília: Ministério da Saúde; 1992. p. 93 -147.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
8. Cerqueira EM. *Práticas de vigilância epidemiológica em Feira de Santana: remando contra maré* [dissertação]. Feira de Santana (BA); Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.
9. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. *Textos para discussão. Descentralização no setor saúde: antecedentes, dilemas atuais e perspectivas do caso brasileiro*. São Paulo: FUNDAP; 1989.
10. Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
11. Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001.
12. Arretche M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociedade* [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2007 Jan 28]; 23(80). Disponível em: <http://www.scielo.br>
13. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
14. Assis MMA. *A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta*. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1998.
15. Bahia. Universidade Estadual de Feira de Santana. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Ano II, n.2*. Feira de Santana; 1999.
16. Bezerra NO. *Programa saúde da família: encontros e desencontros no labirinto da implantação* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2004.
17. Bahia. Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família - Bahia. *Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Salvador: 2002.
18. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-45.
19. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 49-88.
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
21. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
22. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
23. Melo CMM. *Inovação e gestão pública em saúde: uma análise da perspectiva local* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.
24. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1998.

Artigo apresentado em 21/06/2006

Aprovado em 10/01/2007

Versão final apresentada em 19/03/2007