

Estudo de linha de base avaliativa sobre capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica

Baseline evaluation study about the decentralized management capacity of the Epidemiological Surveillance

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos¹, Cristina Maria Meira de Melo², André Renê Barboni³, Carlos Antonio de Souza Teles Santos⁴, Alexandro Gesner Gomes dos Santos⁵

RESUMO Estudo de abordagem quantitativa com objetivo de construir uma linha de base avaliativa da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica do estado da Bahia, Brasil. Os dados primários foram obtidos através de questionário on-line, e os dados secundários através de análise documental, sendo consideradas três dimensões de análise: organizacional, operacional e da sustentabilidade dos resultados. Conclui-se que a gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia não é capaz de sustentar os resultados obtidos em relação aos indicadores de saúde da população, sendo necessários o compartilhamento do processo decisório e um planejamento orientado pelas prioridades locais.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Avaliação. Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT *Quantitative approach study with the aim of building an evaluative baseline of the management capacity of Epidemiological Surveillance in the state of Bahia, Brazil. The primary data were obtained through online questionnaire, and the secondary data through document analysis, being considered three dimensions of analysis: organizational, operational and sustainability of the results. It was concluded that the decentralized management of the Epidemiological Surveillance is unable to sustain the results obtained in relation to the health indicators of the population, being necessary the sharing of the decision-making process and a planning oriented by local priorities.*

KEYWORDS *Health management. Evaluation. Epidemiological Surveillance.*

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Departamento de Saúde (DSAU) - Feira de Santana (BA), Brasil.
silvone.santabarbara@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Enfermagem - Salvador (BA), Brasil.
cmelo@ufba.br

³Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Departamento de Saúde (DSAU), Centro de Referência de Informação em Saúde (Cris) - Feira de Santana (BA), Brasil.
barboni@uefs.br

⁴Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Departamento de Ciências Exatas (Dexa) - Feira de Santana (BA), Brasil.
carlosateles@yahoo.com.br

⁵Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, Diretoria da Atenção à Saúde (DAS), Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde - Salvador (BA), Brasil.
alexandrogomes@gmail.com

Introdução

O objetivo deste estudo foi construir uma linha de base avaliativa da capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica (VE) do estado da Bahia. Neste, assume-se que a descentralização é um processo em que cada esfera de governo, de forma articulada e com poder decisório, responsabiliza-se pela condução da política de saúde, de forma a garantir a integralidade da atenção e a participação popular na formulação, na implementação, no controle e na avaliação das políticas públicas¹⁻⁶.

Compreende-se que, na descentralização da VE relativa aos municípios, mais do que defini-la como uma das prioridades de governo, é preciso contemplar a transferência efetiva de poder e de recursos para a instância municipal, que, por sua vez, deve revelar capacidade de governo. Esta se traduz na capacidade de gerar e controlar ações, de forma a produzir resultados de acordo com o conteúdo do projeto de governo e manter a governabilidade do sistema^{7,8}.

Adotando-se a concepção de governo de Matus e Guimarães et al.⁶⁻⁹, neste estudo, a capacidade de gestão descentralizada da VE é revelada através da capacidade que têm os atores para mobilizar os recursos disponíveis e/ou buscar novos recursos, sejam eles normativos, materiais, relacionais, de informação e técnicos, bem como oriundos da posição (poder) que esses atores ocupam para negociar com outros, com objetivo de desenvolver ações que impliquem na melhoria dos indicadores de saúde da população e na sustentabilidade dos resultados. A capacidade de gestão é revelada através de três dimensões: organizacional (capacidade de decidir); operacional (capacidade de executar); e da sustentabilidade (capacidade de construir e manter parcerias e alianças).

Métodos

Trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada 'Avaliação da Capacidade

de Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia'⁶. No presente artigo detalha-se a metodologia utilizada para a construção da linha de base avaliativa e os resultados alcançados. Os *loci* de investigação foram municípios do estado da Bahia, em uma amostra por *cluster*, sendo consideradas como *clusters* primários as macrorregiões e como *clusters* secundários os municípios, tomando-se como referência o Plano Diretor de Regionalização¹⁰, que contempla nove macrorregiões. Os municípios foram selecionados para a construção da linha de base avaliativa em função dos seguintes critérios: município referência macrorregional; município microrregional não incluído no critério anterior; município sede da Diretoria Regional de Saúde (Dires) não incluído nos critérios anteriores; município com a gestão plena do sistema de saúde não incluído nos critérios anteriores.

Adotando-se esses critérios, o maior número de municípios, 12, ficou concentrado na Macrorregião Leste. Como critério adicional para que todos os *clusters* tivessem o mesmo número de municípios, foram selecionados aqueles excluídos dos critérios anteriores e que obtiveram um percentual igual ou maior a 70% de encerramento oportuno nas investigações epidemiológicas, no ano de 2007. Para esse último critério, foi necessário realizar um sorteio, pois algumas macrorregiões ultrapassavam o número necessário de municípios para completar os *clusters*⁶.

Por outro lado, mesmo com esse critério adicional, em três macrorregiões (Norte, Oeste e Nordeste) não se formou o conjunto dos 12 municípios estabelecidos a partir da macrorregião com maior número de municípios selecionados para compor o *cluster*, sendo, então, incluídos aqueles municípios cujo percentual de encerramento oportuno nas investigações epidemiológicas se aproximou de 70%. Nessa situação, foram acrescentados três municípios, um em cada *cluster*, sendo um com percentual de encerramento oportuno de 66,7% e dois municípios com 60%. Portanto, a amostra inicial



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

para a construção da linha de base avaliativa ficou em 108 municípios. Para a construção da linha de base avaliativa, foi encaminhado um questionário on-line para os 108 gestores das VE municipais, tendo-se obtido as respostas de 38 deles⁶.

O questionário foi disponibilizado pelo site institucional da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep). Cada gestor da VE recebeu uma senha para acesso ao questionário, garantindo, assim, o sigilo das informações. Em anexo, seguiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Conforme recomendação do Conselho Nacional de Pesquisa, a coleta de dados teve início somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, sob o Parecer no 350/2009 do Comitê de Ética em Pesquisa-Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (CEP-Sesab), sendo resguardados os nomes dos municípios.

O plano de indicadores para a construção da linha de base avaliativa contemplou as seguintes variáveis, segundo as dimensões de análise:

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: A1. competências e habilidades do gestor [O gestor da VE possui capacitação na área? O gestor da VE possui experiência mínima de dois anos em atividades de gestão? O município possui comitês de mobilização? Quais? O gestor da VE participa de reuniões com o comitê de mobilização?]; A2. processo decisório [O gestor implementa as ações observando as diretrizes definidas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Agenda Municipal de Saúde? O gestor observa as metas pactuadas na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e no Pacto pela Vida?]; A3. controle social [As reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) são realizadas mensalmente? Os conselheiros participam da elaboração de planos e projetos da VE?]; A4. mecanismos formais de comunicação [Existem mecanismos ou protocolos que definam o fluxo de informações? Quais são eles? O protocolo é de conhecimento dos profissionais da rede?]; A5.

gestores que informam conhecer as metas contidas na PAVS e no Pacto pela Vida [O gestor da VE conhece as metas da PAVS e do Pacto pela Vida? Essas informações são compartilhadas entre os trabalhadores da saúde, o CMS e outros segmentos da sociedade civil?]; A6. população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) [O município possui 100% da população cadastrados pela ESF?].

DIMENSÃO OPERACIONAL: B1. recursos operacionais [O município possui estrutura mínima para a execução das atividades de VE?]; B2. gestão de pessoas [Quais as modalidades de contratação de pessoas? Quantos trabalhadores da VE são do quadro efetivo da VE?]; B3. mecanismos sistemáticos de educação permanente [Quantas e quais foram as capacitações que os trabalhadores da VE receberam durante o ano?]; B4. capacidade técnica para desenvolver as ações de VE [Os trabalhadores da VE investigam adequadamente e encerram oportunamente os casos notificados? Qual a cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano?]; B5. monitoramento e avaliação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) [São realizadas avaliações das informações geradas pelo Sinan? Qual a periodicidade dessas avaliações?]; B6. descentralização da VE para as Equipes de Saúde da Família (EqSF) [As EqSF desenvolvem ações de VE? Quantas EqSF desenvolvem as ações de VE? Quais são as ações que as EqSF desenvolvem?].

DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE: C1. construção de parcerias e alianças [Quais as parcerias e alianças estratégicas construídas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o desenvolvimento das ações de VE?]; C2. acompanhamento e avaliação dos resultados [São produzidos, no mínimo, dois informes epidemiológicos a cada ano?]; C3. acesso aos serviços de saúde [Existem mecanismos de consulta pública para o recebimento de opinião ou denúncia e para resposta do cidadão? Quais são esses mecanismos?]; C4.

regularidade de suprimento [Os suprimentos existentes foram suficientes para os três primeiros meses de gestão?]; C5. formulação de planos e projetos [Existe algum plano e/ou projeto em fase de elaboração, aprovação ou em execução?]; C6. receita aplicada para a saúde [Qual a proporção de receita própria do município aplicada na saúde?].

Para a análise dos indicadores quantitativos, foi construído o índice global padronizado, que resultou da combinação (média aritmética) dos escores padronizados do índice 0 (obtido através de dados secundários) e do índice 1 (resultante dos indicadores definidos para cada dimensão da capacidade de gestão da VE, isto é, as dimensões operacional, organizacional e da sustentabilidade).

O índice 1 foi gerado mediante a proporção das respostas afirmativas dadas pelos gestores a cada uma das dimensões. Posteriormente, os indicadores foram padronizados, em z-escore, para ficarem na mesma escala do índice 0, que foi gerado pela combinação de alguns indicadores de saúde dos municípios. Dessa forma, para cada município, foi atribuído um escore médio padronizado para as dimensões organizacional, operacional, da sustentabilidade e para os indicadores de saúde. Portanto, o índice 1 padronizado corresponde à média aritmética dos três indicadores e o índice 0.

O índice global foi categorizado através dos quartis, resultando em quatro categorias definidas como: muito ruim, ruim, regular e boa. Essa mesma categorização foi também aplicada ao índice 0, a fim de agrupar os municípios nas distintas categorias (muito ruim, ruim, regular e boa).

Apresenta-se, abaixo, a sintaxe, desenvolvida no *software* SPSSWin, para a estimação dos índices, que foram construídos com

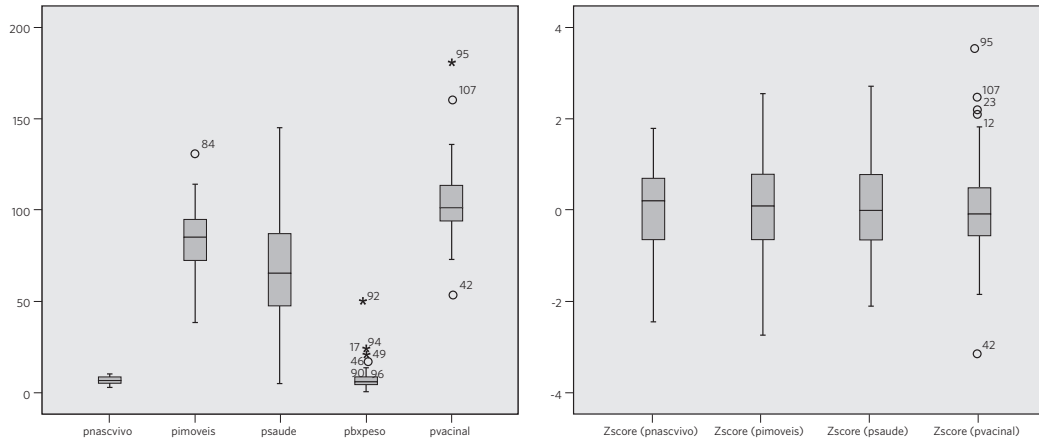
base nos dados secundários dos municípios amostrados e não amostrados. O índice 0 representa o índice gerado a partir dos dados secundários, e o índice 1 representa o índice geral (a combinação do índice 0 com os indicadores das dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade). Ambos os índices foram gerados mediante padronização em z-escores, resultantes da aplicação da média aritmética.

Índice0=MEAN (Zpop, Zpnascvivo, Zpimoveis, Zpsaude, Zpbxpeso, Zpvacinal, Zpdnc, Zpvactriplíce, Zpreceita, Zsinam, Zphandeniases, Zpobcausas, Zpcura_tub).

Índice1=MEAN (Zpop, Zpnascvivo, Zpimoveis, Zpsaude, Zpbxpeso, Zpvacinal, Zpdnc, Zpvactriplíce, Zsinam, Zphandeniases, Zpobcausas, Zpcura_tub, ZORGANIZACIONAL, ZOPERACIONAL, ZSUSTENTABILIDADE).

As figuras abaixo representam algumas variáveis selecionadas do índice 0. Na *figura 1*, observa-se a apresentação do Box-plot (diagrama de caixa). Este gráfico permite comparar o valor mediano (traço que divide a caixa retangular ao meio) entre os indicadores estudados, além de mostrar a assimetria que ocorre quando uma das caudas é mais longa do que a outra. Também se observa a variabilidade, que é dada pelo comprimento da caixa, ou seja, quanto maior o retângulo em comprimento, maior é a dispersão dos dados (observa-se que o índice 0 possui maior variabilidade). Isso permitiu estudar e identificar os valores *outliers* (valores discrepantes ou dados atípicos), que são os pontos além das caudas. Na *figura 1*, estão também os mesmos indicadores anteriores representados pelo gráfico Box-plot, porém padronizados mediante a transformação em z-escore.

Figura 1. Variáveis do índice 0 e variáveis padronizadas do índice 0



Fonte: Elaboração própria.

Comparando-se os diagramas, observa-se que a magnitude da proporção de nascidos vivos tem uma distribuição na ordem das dezenas, que se apresentou achatada no primeiro diagrama. No entanto, com a padronização, remove-se o efeito da escala das variáveis (variáveis com escalas diferentes), permitindo a comparação, sem distorção, entre os indicadores. Além disso, a padronização reduziu a variabilidade dos dados, deixando a distribuição dos dados dos indicadores mais simétrica.

As perdas em relação à amostra dos

municípios inicialmente estabelecida (n=108) foram assumidas como aleatórias, após a avaliação de que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos municípios que responderam ao questionário, denominados municípios amostrados (n1=38), e o grupo de municípios que não responderam (n2=70), denominados municípios não amostrados, quando se comparou o índice global padronizado, definido com base nos dados secundários, bem como nos seus componentes, em termos individuais (*tabela 1*).

Tabela 1. Medidas descritivas dos itens estudados para o índice 0

Grupo	Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Amostrados	Numero	38	21	73	43,97	18,721
	Pop	38	5711	2.988.058	137.795,82	485.378,724
	Pnascvivo	35	4,1	10,8	7,337	2,0249
	Pimoveis	38	38	114	82,73	16,218
	Psaude	35	5,4	125	64,26	29,2362
	Pbxpeso	32	2,1	23,9	8,212	4,3357
	Pvacinal	35	82,6	181	108,66	20,6085
	Pdnc	37	0	100	67,592	22,8664
	Pvactriplce	35	81,9	163,5	108,24	19,9721

Tabela 1. (cont.)

Amostrados	Preceita	21	7	27	17,91	4,133
	Sinan	38	0	100	43,16	41,247
	Phandeniases	32	43,8	100	81,156	16,8042
	Pobcausas	38	60,6	100	84,568	10,2118
	Pcura_tub	27	12	100	62,16	31,154
Não amostrados	Numero	70	21	73	47,61	19,084
	Pop	70	6.455	318.904	47.910,47	59.985,681
	Pnascvivo	67	2,3	10,6	7,051	1,9818
	Pimoveis	69	41	131	84,33	18,041
	Psaude	64	7	145,3	68,861	28,4118
	Pbxpeso	60	2,4	50	8,93	7,8619
	Pvacinal	67	54,3	133,9	101,14	14,9354
	Pdnc	70	0	100	73,03	22,5503
	Pvactriplíce	67	76,2	136,4	104,673	14,8562
	Preceita	30	3	24	17,49	4,004
	Sinan	70	0	100	45,99	39,575
	Phandeniases	53	33,3	100	82,611	20,0401
	Pobcausas	69	39,1	100	78,071	16,1118
	Pcura_tub	45	9	100	62,25	31,241

Fonte: Elaboração própria.

Nota: P-valor \leq 0,05. P-valor: nível descritivo.

Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) das variáveis estudadas entre os municípios amostrados e não amostrados. Desta forma, pode-se assumir que, possivelmente, o não retorno de todos os questionários não comprometeu a seleção de municípios casos.

Resultados e discussão

Dos 108 questionários on-line enviados, obteve-se resposta de 38 gestores da VE municipal, correspondendo a 35,2% do total da amostra selecionada.

Embora a seleção inicial tenha sido de 12 municípios por macrorregião, o maior número de municípios amostrados concentrou-se na Macrorregião Nordeste.

Notadamente nas macrorregiões Centro-Leste e Leste, aquelas que possuem os municípios mais populosos, obteve-se um menor retorno dos questionários. No entanto, a capital do estado, inserida na Macrorregião Leste, bem como o segundo maior município do estado, que integra a Macrorregião Centro-Leste, estão entre os municípios amostrados.

As disparidades sociais no estado refletem-se nos indicadores de saúde. Os problemas de saúde da população evidenciam a manutenção e/ou o ressurgimento de doenças como a dengue, tuberculose, hanseníase, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida), bem como a emergência das doenças cardiovasculares, da violência e dos transtornos mentais, e a elevação das doenças crônico-degenerativas¹⁰. É neste

quadro complexo e desigual que se expressam grandes desafios para o fortalecimento da capacidade de gestão da VE nos municípios baianos.

Nesse aspecto, conforme apresentado na *tabela 2*, observa-se que 50% dos

municípios apresentam uma capacidade de gestão da VE entre muito ruim e ruim, contra 26,3% dos municípios que apresentam uma capacidade de gestão regular, e 23,7% dos municípios com uma boa capacidade de gestão.

Tabela 2. Avaliação geral da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica, por macrorregião do estado da Bahia, 2010

Macrorregião		Índice1 categorizado pelo quartil				Total
		Muito ruim (-0,53 a -0,2276)	Ruim (-0,2277 a -0,059)	Regular (-0,006 a 0,189)	Bom (>=+0,19)	
Macrorregião 1 (Centro-Leste)	N	1	0	0	1	2
	%	50	0	0	50	100
Macrorregião 2 (Centro-Norte)	N	1	1	1	1	4
	%	25	25	25	25	100
Macrorregião 3 (Extremo Sul)	N	1	2	2	0	5
	%	20	40	40	0	100
Macrorregião 4 (Leste)	N	0	0	1	2	3
	%	0	0	33,3	66,7	100
Macrorregião 5 (Nordeste)	N	2	3	0	1	6
	%	33,3	50	0	16,7	100
Macrorregião 6 (Norte)	N	0	2	1	1	4
	%	0	50	25	25	100
Macrorregião 7 (Oeste)	N	2	0	3	0	5
	%	40	0	60	0	100
Macrorregião 8 (Sudoeste)	N	1	0	2	2	5
	%	20	0	40	40	100
Macrorregião 9 (Sul)	N	1	2	0	1	4
	%	25	50	0	25	100
Total	N	9	10	10	9	38
	%	23,7	26,3	26,3	23,7	100

Fonte: Elaboração própria.

Avaliando-se os dados das macrorregiões, separadamente, tomando-se como referência o índice geral (combinação do índice 0 com os indicadores das dimensões organizacional, operacional e sustentabilidade), verifica-se que a Macrorregião Leste

encontra-se em melhor situação, tendo em vista que nenhum município se inseriu no quartil entre muito ruim e ruim, apresentando 33,3% dos municípios na condição de capacidade de gestão regular e 66,7% dos municípios em condição de capacidade de

gestão boa. Em situação inversa, encontra-se a Macrorregião Nordeste, pois a maioria dos municípios obteve avaliação entre muito ruim (33,3%) e ruim (50%). No entanto, este aspecto particular deve ser tratado com cautela, pois seu número insuficiente de municípios passíveis de enquadramento em todas as situações talvez possa ter distorcido a situação real. Este é um problema que se apresenta como uma potencial limitação neste trabalho, mas fica como experiência e alerta para que estudos futuros possam tomar medidas extras a fim de minimizarem a perda amostral.

Esta avaliação converge na mesma direção da distribuição de serviços apontada no Plano Estadual de Saúde, gestão 2007 a 2010¹¹:

Nota-se distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a Macrorregião Leste, sem sombras de dúvidas, é a que apresenta maior concentração de serviços de saúde. Por outro lado, observa-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste são as regiões de saúde que apresentam menor.

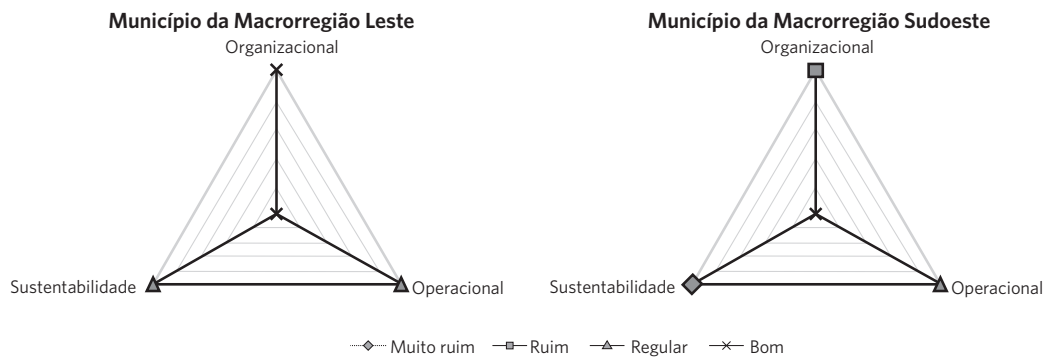
Desse modo, pode-se afirmar que os graus diferenciados de recursos e, conseqüentemente, de poder configuram-se como

elementos que podem obstaculizar a gestão da VE nos municípios, na medida em que as desigualdades existentes não são minimizadas através de processos de gestão pactuada e compartilhada.

Quando avaliados os atributos por município, observa-se que o município com melhor capacidade de gestão localiza-se na Macrorregião Leste, e o município com condição menos favorável localiza-se na Macrorregião Sudoeste.

Como se pode observar na *figura 2*, o município situado na Macrorregião Leste tem boa condição de gestão na dimensão organizacional e uma condição regular na dimensão operacional e na dimensão da sustentabilidade. Já o município com avaliação menos favorável, obteve uma avaliação ruim quando avaliada a dimensão da sustentabilidade, e condição regular na dimensão operacional. Embora possuam um porte populacional semelhante, com menos de 20 mil habitantes, os municípios possuem um aporte de recursos diferenciado, a exemplo do Produto Interno Bruto (PIB) per capita: o município com melhor capacidade de gestão da VE possui R\$ 9.975,00 e o outro, R\$ 3.214,00, um valor três vezes menor do que o outro¹².

Figura 2. Capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica dos municípios selecionados para o estudo de caso. Bahia, 2009



Fonte: Elaboração própria.

Em uma avaliação geral por dimensão, observa-se que os municípios possuem uma capacidade regular (71%) e uma capacidade muito ruim (2,6%) de manter e mobilizar os recursos que garantam condições desejáveis à gestão, assegurando a capacidade para a execução das ações de VE (dimensão operacional).

Quanto à dimensão organizacional, 39,5% dos municípios apresentaram uma avaliação muito ruim, contra 26,3% que obtiveram uma boa avaliação, evidenciando fragilidades quanto à autonomia decisória das instâncias locais, reforçando a afirmativa de que a descentralização da gestão da VE assume um caráter mais normativo do que político, caracterizando-se, portanto, como uma desconcentração de ações e atividades.

Na dimensão da sustentabilidade, observa-se que 50% dos municípios foram avaliados entre ruim e muito ruim, e os outros 50%, avaliados entre regular e bom. Tal resultado permite inferir que ainda são frágeis os mecanismos e as estratégias de gestão para ampliar ou fortalecer as parcerias e alianças que favoreçam a sustentabilidade das decisões e dos resultados declarados pelos gestores e trabalhadores da SMS.

Avaliando-se, separadamente, os atributos da dimensão operacional, no que se refere à competência do gestor, 100% possuem curso

superior completo, com predomínio de enfermeiros (71%), seguidos de biólogos (10%) e fisioterapeutas (7,3%). O predomínio da enfermagem na gestão da VE é um resultado esperado, considerando-se que, historicamente, é esta a profissão que assume as ações de VE, não somente na gestão, mas também como membro da ESF^{13,14}.

Considera-se, neste estudo, que uma experiência mínima de dois anos e capacitação em gestão são desejáveis para a obtenção da legitimidade técnica do gestor, na medida em que isso amplia a sua capacidade de decidir. Verificou-se fragilidade quanto aos critérios de competência do gestor, na maioria das macrorregiões, destacando-se a Macrorregião Extremo Sul, onde 80% dos gestores não possuem experiência prévia em atividades de gestão em serviços de saúde.

São poucos os municípios que desenvolvem uma articulação intersetorial, através de comitês de mobilização contra a dengue, fóruns de mulheres, comitês de mortalidade materna e comitês de mortalidade infantil (*quadro 1*). Porém, mesmo havendo comitês, alguns gestores referem não participar das reuniões, o que permite inferir que a instituição de comitês, por si só, não assegura que essa articulação seja desenvolvida, podendo se constituir em um espaço com atribuições cartoriais.

Quadro 1. Indicadores relacionados às dimensões organizacional, operacional e de sustentabilidade da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia, 2009

Indicadores	Macrorregiões								
	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
Ocuparam cargo ou função de gestão anteriormente	100%	50%	20%	66,7%	66,7%	75%	60%	60%	50%
Participam das reuniões com comitês de mobilização	0%	50%	0%	100%	50%	25%	0%	0%	25%
Conhecem as diretrizes do PMS	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	80%	100%
Participaram da elaboração do PMS	0%	50%	0%	33%	33%	50%	40%	40%	25%
Afirmam coerência entre ações da VE e as diretrizes do PMS	50%	100%	80%	67%	100%	100%	100%	100%	100%
Afirmam coerência entre as ações da VE e as metas da Agenda Municipal de Saúde	0%	50%	20%	100%	50%	25%	20%	40%	25%

Quadro 1. (cont.)

Afirmam frequência mensal de reuniões do CMS	100%	100%	100%	66,7%	100%	100%	100%	100%	75%
Afirmam participação dos conselheiros na elaboração dos planos e projetos da VE	50%	50%	20%	100%	33%	50%	60%	40%	25%
Afirmam a existência de protocolos definindo fluxos de informações entre as unidades de saúde e os profissionais da rede	0%	25%	80%	100%	66,7%	75%	40%	20%	50%
Conhecem metas da PAVS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Conhecem metas do Pacto pela Vida	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%

Dimensão Operacional

Indicadores	Macrorregiões								
	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
Afirmam que o município possui estrutura mínima para execução das ações de VE	50%	100%	80%	33,3%	50%	75%	100%	100%	75%
Afirmam realização de avaliação das informações geradas pelo Sinan	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%
Afirmam que as EqSF executam ações de VE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%

Dimensão Sustentabilidade

Indicadores	Macrorregiões								
	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
Afirmam que o município tem parceria e alianças com outras instituições	50%	50%	60%	66,7%	50%	25%	80%	40%	75%
Afirmam que a SMS elaborou Informes Epidemiológicos em 2008	100%	75%	70%	100%	60%	66,7%	80%	20%	50%
Afirmam a existência de mecanismos para o recebimento de opinião ou denúncia, para resposta ao cidadão	0%	25%	50%	100%	66,7%	66,7%	100%	60%	25%
Afirmam que os suprimentos disponíveis foram suficientes para os três primeiros meses de gestão, em 2009	100%	75%	50%	66,7%	66,7%	75%	100%	80%	75%
Afirmam a existência de plano e/ou projeto em fase de elaboração, aprovação ou execução da VE municipal	50%	75%	75%	100%	66,7%	100%	100%	60%	25%

Fonte: Elaboração própria.

A tomada de decisão em coerência com o PMS, com a Agenda Municipal de Saúde e com o Pacto pela Vida é requisito desejável para a legitimidade técnica e política do gestor. Neste aspecto, somente em duas macrorregiões – Extremo Sul e Sudoeste –, 20% dos gestores referiram não existir PMS. Dos municípios amostrados, 94,7% elaboraram PMS; nestes, 91,9% das ações de VE

executadas guardam coerência com as diretrizes definidas no referido instrumento (*quadro 1*).

A existência e atuação de conselhos de saúde conferem maior legitimidade política à organização e indicam a ampliação da capacidade de decidir. No que se refere à participação dos conselheiros na elaboração de planos e projetos, enquanto na Macrorregião

Leste todos os municípios contam com a referida participação, as macrorregiões Sul (20%) e Extremo Sul (25%) apresentaram os menores percentuais nesse aspecto. Na Macrorregião Leste, 66,7% dos municípios fazem reuniões mensais com os membros do CMS.

Quanto ao vínculo de trabalho, somente 45% dos trabalhadores da VE o têm efetivo, contra 55% com vínculos temporários de trabalho. Trata-se de um aspecto negativo para a gestão, por ser uma área que exige um corpo de conhecimento atualizado e experiência prática. A frequência elevada de trabalhadores sem vínculo efetivo se traduz em descontinuidade das ações da VE e das demais práticas de saúde (*quadro 1*).

Quanto ao número de capacitações, 67,5% dos municípios realizam duas ou mais capacitações por ano, sendo a média definida como adequada neste estudo. No entanto, os temas abordados são pontuais e voltados para doenças – notadamente, as transmissíveis –, e para imunização, com ênfase nas campanhas de vacinação.

Não se pode negar a importância desses temas. No entanto, não são suficientes para estimular as mudanças na prática da VE especialmente em direção ao paradigma da promoção da saúde, e não apenas da prevenção de doenças^{14,15}.

Concorda-se com Ceccim e Merhy^{15,16} quando eles afirmam que a produção de conhecimentos deve acontecer no cotidiano das organizações de saúde, a partir das vivências, experiências, inquietações dos atores envolvidos, de maneira que promovam transformações nas práticas de saúde e na organização do trabalho.

No que se refere à avaliação das informações geradas pelo Sinan, apenas as macrorregiões Centro-Leste e Sudoeste não atingem um percentual de 100% (*quadro 1*). Quanto à periodicidade dessas avaliações, predomina a semanal (44,7%).

Entende-se que, quanto maior for o percentual de ESF desenvolvendo ações de VE, mais se amplia a capacidade de intervenção

local. Nota-se que apenas a Macrorregião Oeste não atinge 100%. As práticas da VE nas ESF se processam via notificações compulsórias das doenças e agravos, investigação epidemiológica e algumas medidas de controle (mutirões e vacinação).

Neste estudo, admite-se que a formação de parcerias e alianças é estratégia importante para tornar as ações de VE efetivas e direcionadas para a realidade local, uma vez que a integração e articulação com outros parceiros ampliam a governabilidade. Neste aspecto, destaca-se a Macrorregião Oeste (80%), seguida da Leste (66,7%). As macrorregiões com o mais baixo desempenho são a Norte (25%) e a Sudoeste (40%) (*quadro 1*). Entre os parceiros referidos pelos gestores, destaca-se a Secretaria Municipal da Educação, e apenas dois municípios referiram parceria com a Dires. Portanto, observa-se que ainda são tímidas as articulações intersetorial e intrasetorial, fundamentais para assegurar o compartilhamento de gestão, a corresponsabilização e a participação social.

A respeito da difusão da informação, assume-se como premissa que a elaboração e a divulgação de informes epidemiológicos permitem o conhecimento da situação de saúde local, o que agrega valor à capacidade de gestão. A Macrorregião Sudoeste tem o mais baixo desempenho, com 80% dos municípios amostrados sem publicar pelo menos dois informes por ano, meta esta pactuada entre os municípios e o estado.

Esse dado permite uma reflexão: quando não se analisa o estado de saúde da população, as ações desenvolvidas respondem às necessidades daquele município? Deste modo, as informações obtidas, relevantes para direcionar tanto a gestão quanto as práticas dos trabalhadores da saúde, podem ser utilizadas apenas para assegurar o repasse de recursos financeiros ou para a obtenção de metas de trabalho, quase sempre estabelecidas aleatoriamente.

A adequação de suprimentos (fichas de

notificação/investigação, material educativo, material para coleta de exame) é uma condição desejável para que não ocorra interrupção no desenvolvimento das ações de VE. Na Macrorregião Extremo Sul, 50% dos gestores referem a indisponibilidade de suprimentos nos seus três primeiros meses de gestão da VE. Dos municípios amostrados, em 75,7% existem suprimentos necessários ao desenvolvimento das ações de VE.

Quando avaliados alguns indicadores de saúde e recursos financeiros, segundo o banco de dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) do ano 2008, observa-se: 71% do total dos municípios alcançando a meta de 95% de vacinação em crianças menores de um ano, pela vacina tetravalente; 50% dos municípios apresentando percentual superior a 80% de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados; apenas 34% dos municípios infestados por *Aedes aegypti* com uma proporção de imóveis inspecionados igual ou superior a 90%. Quanto ao percentual de receita própria dos municípios, 17 não informam, 20 municípios disponibilizam um percentual de 15% ou mais da sua receita – percentual mínimo regulamentado na Emenda Constitucional (EC) 29/2000 – e 1 município informou um percentual abaixo de 10%.

Em que pese à responsabilidade crescente do município pela implementação das políticas de saúde, ainda é contraditória a forma de transferência de recursos através dos blocos de financiamento, na medida em que isso impede a autonomia decisória dos municípios, passando estes a serem meros executores das políticas estabelecidas pela esfera federal^{12,17,18}.

Pode-se inferir que os resultados deste estudo são coerentes com as conclusões de Matus e Guimarães et al.^{8,9}, quando afirmam que a capacidade de governo (dimensão operacional) condiciona e é condicionada pelo projeto de governo (dimensão organizacional) e pela governabilidade do sistema (dimensão da sustentabilidade).

Conclusões

Os resultados globais, mesmo com a perda amostral de potenciais questionários (64,8%), apontam em direção aos estudos de Barreto e Guimarães e Landim quando referem que ainda é frágil a autonomia decisória dos municípios em relação às demais esferas de governo, quanto à definição das diretrizes políticas^{19,20}. Os municípios também revelam uma autonomia técnica vulnerável quanto à gestão de pessoas, traduzida pela precarização das relações de trabalho, nos vínculos empregatícios e na forma como se desenvolvem os processos de educação permanente; nos processos de planejamento, que ainda são pouco participativos, como também na avaliação das ações; na deficiente estrutura física, de equipamentos e de pessoal, que dificulta a realização das ações; em um processo de gestão que revela uma natureza muito mais administrativa do que estratégica; nas alianças e parcerias construídas, ainda que timidamente, mas que podem indicar progressos nas práticas de gestão.

É na dimensão operacional que os resultados apresentados pelos municípios são melhores, ainda que em uma avaliação regular. Tal fato pode estar relacionado com a capacidade técnica e com o compromisso dos gestores intermediários e trabalhadores que desenvolvem as ações de VE, dado que os resultados da linha de base avaliativa revelam que gestores máximos das SMS e prefeitos ainda não apoiam os serviços e ações da VE.

A estratégia de encaminhar questionários on-line permitiu coletar informações de vários municípios, nas diversas macrorregiões, possibilitando identificar as que revelam melhor capacidade de gestão de VE. Porém, o fato do sistema implementado não possuir a característica de salvar as respostas e permitir que o gestor pudesse continuar respondendo em outra ocasião dificultou a obtenção de respostas de mais participantes. Esta falha deve ser explicitada para que não se repita em novos estudos. Entretanto,

mesmo com a perda amostral inicial, o estudo revelou que não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre o índice global padronizado com base em dados secundários dos municípios que responderam o questionário (n1=38) e os que deixaram de respondê-lo (n2=70), indicando que, mesmo a amostra sendo menor do que a esperada, os dados obtidos poderiam ser estendidos aos demais, quando analisados globalmente.

Considera-se que a gestão descentralizada da VE, por si mesma, não é capaz de sustentar os resultados obtidos em relação aos indicadores de saúde da população. Neste contexto, torna-se necessário o compartilhamento do processo decisório e a adoção de um planejamento orientado para as prioridades locais, inclusive, no que diz

respeito à alocação de recursos financeiros e operacionais.

Colaboradores

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos elaborou o artigo a partir da sua tese de doutorado. Cristina Maria Meira de Melo, orientadora da referida tese, contribuiu na concepção e foi responsável pela revisão crítica final do artigo. André René Barboni participou da elaboração da metodologia da pesquisa e da análise dos dados. Carlos Antonio de Souza Teles Santos participou da elaboração e validação da metodologia da pesquisa, e da análise dos dados. Alexandro Gesner Gomes dos Santos contribuiu na revisão do artigo. ■

Referências

1. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev Bras Ci Soc* [internet]. 1999 Jun [acesso em 2017 jun 30]; 14(40):111-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000200009&lng=en&nrm=iso.
2. Assis MMA. A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1998.
3. Baguennand J. Que sais-je: la décentralisation. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
4. Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec). Descentralização e poder local: a experiência das subprefeituras no município de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Guimarães MCL. Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998 [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração; 2000. 385 p.
6. Santos SSBS, Melo CMM, Costa HOG, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2012 Abr [acesso em 2017 jun 30]; 17(4):873-882. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a10.pdf>.
7. Matus, C. Adeus senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo. Recife: Litteris; 1989.

8. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília, DF: IPEA; 1993.
9. Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad Saúde Pública*. 2004 Dez; 20(6):1642-1650.
10. Bahia (Estado). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização. Resolução CIB, no. 57, de 27 de março de 2008. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, 2008 mar 27.
11. Bahia (Estado). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde: gestão 2007-2010. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009 Nov; 33(supl.1):13-87.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações estatísticas 2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
13. Melo CMM. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986.
14. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2008 Dez [acesso em 2017 jun 30]; 13(6):1923-1932. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600028&lng=en&nrm=iso
15. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2005 Dez; 10(4):975-986.
16. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comun Saúde Educ* [internet]. 2005 Fev [acesso em 2017 jun 1]; 9(16):172-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso.
17. Arretche MTS. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ Soc* [internet] 2002 Set [acesso em 2017 jan 28]; 23(80):25-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12922.pdf>
18. Arretche MTS. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Colet*. [internet] 2003 [acesso em 2017 jun 1]; 8(2):331-345. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso.
19. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010 Jun; 26(6):1207-1220.
20. Landim ELAS. Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas da saúde [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008. 145 p.

Recebido em 31/07/2017

Aprovado em 07/01/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: pesquisa financiada pelo CNPq, projeto MCT/CNPQ n 02/2008/Jovens Pesquisadores. Processo 566651/2008_4