

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

**DESEMPENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA  
EM SAÚDE NO BRASIL**

RECIFE

2019

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

**DESEMPENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA  
EM SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – IAM/Fiocruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadores:

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Dra. Isabella Chagas Samico

Dr. Eronildo Felisberto

RECIFE

2019

**Catlogação na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

A345d	<p>Albuquerque, Ana Coelho de. Desempenho da regionalização da vigilância em saúde no Brasil / Ana Coelho de Albuquerque. – Recife: [s.n.], 2019. 154 p. ; 30 cm.</p> <p>Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019. Orientadores: Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Isabella Chagas Samico, Eronildo Felisberto.</p> <p>1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Regionalização. 3. Avaliação em Saúde. 4. Avaliação de desempenho. 5. Política de saúde. 6. Brasil. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Samico, Isabella Chagas. III. Felisberto, Eronildo. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.39</p>	
-------	--	--

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

**DESEMPENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO  
BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – IAM/Fiocruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse  
Instituto Aggeu Magalhaes – IAM/Fiocruz

---

Prof. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana  
Universidade de São Paulo – USP

---

Prof. Dra. Joria Viana Guerreiro  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

---

Prof. Dra. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

---

Prof. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos  
Instituto Aggeu Magalhaes – IAM/Fiocruz

*A Deus, meu refúgio e fortaleza.  
Aos meus amores, Gueber e Alice, meus bens mais preciosos!*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, “Dono de toda ciência, sabedoria e poder, dá-me de beber da água da fonte da vida!”.

Ao meu amor, Gueber, meu porto seguro, lugar de abrigo nas melhores e piores horas da vida.

À Alice, meu melhor presente e futuro.

Aos meus pais, Inaldo e Fátima, que dedicaram a vida aos seus filhos.

Ao meu irmão Inaldinho, meu primeiro amor.

À minha orientadora, Eduarda Cesse, Duda, pelo carinho, amor e cuidado com que conduziu esse processo, muitas vezes tão duro e difícil. Você fez tudo mais leve e prazeroso!

Aos meus coorientadores, Isabella Samico, Bella e Eronildo Felisberto, professores e, principalmente, amigos, que me abriram as portas do coração e da Avaliação, de onde não quero mais sair.

A Paulo Frias, por tanto aprendizado e carinho.

Ao Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – Geas/Imip, que me acolheu e tem me proporcionado muito aprendizado.

À Prof. Ana Luiza Viana, e em seu nome, a toda a equipe da Pesquisa Região e Redes, pelo privilégio de fazer parte de um grupo tão qualificado e, ao mesmo tempo, tão acolhedor.

A todos os meus familiares e amigos, pelo amor e pelo incentivo.

Aos amigos que o doutorado me deu, pela parceria e companhia nessa jornada tão árdua.

Aos professores e funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, instituição que contribuiu para minha formação enquanto sanitarista, docente e pesquisadora.

ALBUQUERQUE, Ana Coelho de. **Desempenho da Regionalização da Vigilância em Saúde no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

Esta tese trata-se de um desdobramento da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes), de âmbito nacional, a qual baseou-se em seis dimensões para avaliar os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS. Porém, deteve-se à dimensão da vigilância em saúde, com o objetivo de avaliar o desempenho da regionalização em seis regiões. Para tal, desenvolveu-se uma metodologia avaliativa, aplicou-se essa metodologia em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento e descreveu-se a percepção de gestores estaduais com relação aos desafios da implementação da regionalização da vigilância em saúde nessas regiões. O instrumento de pesquisa foi elaborado com a participação de uma rede de pesquisadores pertencentes a 18 instituições de todo o Brasil, baseado nos aspectos políticos, estruturais e organizacionais do processo de regionalização da vigilância em saúde, tomando como base três dimensões (Política, Estrutura e Organização), posteriormente validado por um grupo de *experts*, formado por 15 profissionais da área da vigilância e 5 da avaliação em saúde. A avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde foi realizada a partir de abordagem quantitativa transversal. Para descrever a percepção dos gestores estaduais de vigilância, realizou-se um estudo exploratório, de abordagem qualitativa. Após a leitura das entrevistas, identificaram-se fatos ou informações que se relacionaram com as categorias analíticas selecionadas, levando-se em consideração as convergências e divergências entre regiões nos discursos dos entrevistados. Os principais resultados demonstraram que quanto maior o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços na região de saúde, melhor o desempenho da regionalização da vigilância em saúde, como também que as dimensões Organização e Política alcançaram melhores resultados, enquanto a Estrutura apresentou maior debilidade. O relato dos gestores entrevistados permitiu identificar que o processo de implementação da regionalização da vigilância em saúde no Brasil vem se dando de forma assimétrica, diretamente influenciado pelo sistema organizacional no qual se insere. Assim, os achados deste estudo apontam para a necessidade do estabelecimento de um projeto político que assuma efetivamente a regionalização do SUS como uma estratégia para a reorganização da atenção à saúde, e de pesquisas futuras que avancem na proposição de estratégias que contribuam para a gestão da vigilância em saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde Pública; Regionalização; Avaliação em Saúde; Avaliação de desempenho; Política de saúde.

ALBUQUERQUE, Ana Coelho de. **Performance of the Regionalization of Health Surveillance in Brazil**. 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## **ABSTRACT**

This thesis is an unfolding of the research Policy, Planning, and Management of Regions and Networks of Health Care in Brazil (Region and Networks), of national level, which was based on six dimensions to evaluate the processes of organization, coordination, and management involved in the conformation of regions and health care networks, and their impact to improve the access, effectiveness, and efficiency of the actions and services of the Unified Health System (SUS). However, it focused on the dimension of health surveillance, with the objective of evaluating the performance of the regionalization of health surveillance in six regions and, for that, an evaluation methodology was developed, this methodology which was applied in six health regions with different levels of development, and the perception of state managers regarding the implementation and challenges of the regionalization of health surveillance in those regions was described. The research instrument was developed with the participation of a network of researchers from 18 institutions across Brazil, based on the political, structural, and organizational aspects of the regionalization process of health surveillance, based on the three dimensions (Policies, Structure, and Organization), later validated by a group of experts, made up of 15 professionals from the surveillance field and 5 from the health evaluation field. The performance of the evaluation of the regionalization of health surveillance in six health regions with different levels of development was carried out from a transversal quantitative approach. In order to describe the perception of the state managers of health surveillance, a qualitative study was carried out, from an exploratory perspective. After reading the interviews, we identified facts or information that were related to the selected analytical categories, taking into account the convergences and divergences between regions in the interviewees' discourses. The main results showed that the higher the level of socioeconomic development and service provision in the health region, the better the regionalization of health surveillance, and the Organization and Policies dimensions achieved better scores, while the Structure dimension showed greater weakness. The report of the interviewed managers allowed us to identify that the implementation process of the regionalization of health surveillance in Brazil has been taking place asymmetrically, directly influenced by the organizational system in which it is inserted. Therefore, the findings of this study point to the need of establishing a political project that effectively takes over the regionalization of the SUS as a strategy for the reorganization of health care, and future research that advances in proposing strategies that will contribute to the management of health surveillance in Brazil.

**Key words:** Public Health Surveillance; Regionalization; Health Evaluation; Performance evaluation; Health policy.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação dos atos normativos na evolução da descentralização da Vigilância em Saúde no Brasil .....	30
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CCAA</b>	Comunidades Autônomas
<b>CDC</b>	<i>Centers Disease of Control</i>
<b>Cenepi</b>	Centro Nacional de Epidemiologia
<b>CGR</b>	Colegiados de Gestão Regional
<b>CIB</b>	Comissões Intergestores Bipartite
<b>CIR</b>	Comissões Intergestores Regionais
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CNVS</b>	Conferência Nacional de Vigilância em Saúde
<b>COAP</b>	Contratos Organizativos de Ação Pública
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FMUSP</b>	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<b>Funasa</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>IAM</b>	Instituto Aggeu Magalhães
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Normas Operacionais Básicas
<b>PNVS</b>	Política Nacional de Vigilância em Saúde
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>Rename</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>Renases</b>	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
<b>RSI</b>	Regulamento Sanitário Internacional
<b>SNVE</b>	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
<b>SNVS</b>	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVO</b>	Serviço de Verificação de Óbitos
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>UPE</b>	Universidade de Pernambuco
<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica
<b>VS</b>	Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>3 QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 O contexto histórico e o percurso normativo da descentralização no Brasil: da municipalização à regionalização .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 A construção da VS no Brasil .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2.1 A construção da VS no contexto de descentralização e regionalização no Brasil.....</b>	<b>27</b>
<b>3.3 Avaliação de desempenho.....</b>	<b>33</b>
<b>4 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>36</b>
<b>5 PERGUNTA CONDUTORA.....</b>	<b>38</b>
<b>6 OBJETIVOS.....</b>	<b>39</b>
<b>6.1 Geral.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2 Específicos.....</b>	<b>39</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>40</b>
<b>8 ARTIGO 1 – REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>42</b>
<b>9 ARTIGO 2 – AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM SEIS REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS .....</b>	<b>68</b>
<b>10 ARTIGO 3 – DESAFIOS PARA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DE REGIÕES DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>91</b>
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>150</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>154</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Esta tese, produto final do Programa de Doutorado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz), traz o tema da regionalização da Vigilância em Saúde (VS), tendo como objetivo principal avaliar o desempenho da regionalização da VS em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil. Ela é de um desdobramento da pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes)*, de âmbito nacional, a qual se baseou em seis dimensões para avaliar, sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico-metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS): Sistemas de governança regional; Fluxos de demanda e estruturação da oferta; Atenção Primária em Saúde nas regiões e redes de saúde; Redes de Atenção à Saúde e gestão clínica, contratualização, qualidade, monitoramento e avaliação; Recursos Humanos; e VS (VIANA *et al.*, 2017).

No centro do debate conceitual e político na atual fase de implementação do SUS, estão a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas e dos processos de trabalho. Nesse sentido, em uma tentativa de superar as limitações decorrentes da municipalização, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa do sistema de saúde, com o intuito de aprimorar a descentralização que estava em curso no Brasil. Portanto, faz-se necessário identificar as condições que favorecem ou dificultam o processo de regionalização no País, especialmente no que diz respeito à VS, dado o seu papel na reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental e, nesse espaço, estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente às necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção e de assistência à saúde.

Diante desse contexto, a partir de minha inserção profissional na gestão pública da VS em Pernambuco e de estudos anteriormente realizados, surgiu o interesse em estudar o tema que se apresenta. A descentralização das ações de VS constituiu tema de pesquisa da minha Monografia de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, realizada na Universidade de Pernambuco (UPE), concluída no ano de 2010. Naquele momento,

investiguei o desempenho da VS de Pernambuco por meio de indicadores pactuados; e, a partir de então, esse estudo trouxe uma inquietação a respeito de como se deu a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) do nível estadual para os municípios, temporal e espacialmente, e de como essas ações eram operacionalizadas, objeto de estudo na minha dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária, realizado no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, concluído em 2013.

A tese foi desenvolvida no formato de coletânea de artigos. Inicialmente, apresenta-se uma breve introdução sobre a temática da regionalização da VS, seguida do quadro teórico conceitual que abordará: o contexto histórico e o percurso normativo da descentralização no Brasil; os conceitos e o campo de atuação da VS no contexto da regionalização; e, por fim, a avaliação de desempenho, principal referencial metodológico do estudo. Em seguida, apresenta-se a justificativa, os objetivos e algumas considerações metodológicas com a explicitação dos aspectos éticos que nortearam a condução do estudo.

Posteriormente, são apresentados os artigos. O primeiro, intitulado “Regionalização da Vigilância em Saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil”, publicado no número especial da *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* sobre regionalização, propôs uma metodologia para avaliação do desempenho da regionalização da VS nas regiões de saúde. O segundo, denominado “Avaliação de Desempenho da Regionalização da Vigilância em Saúde em Seis Regiões de Saúde Brasileiras”, publicado pela revista *Cadernos de Saúde Pública*, avaliou o desempenho da regionalização da VS em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento, a partir da abordagem quantitativa transversal, utilizando-se a metodologia proposta no primeiro artigo. E por fim o terceiro artigo, “Desafios para regionalização da vigilância na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil”, que, a partir da abordagem qualitativa exploratória, buscou apreender a percepção de gestores estaduais da VS a respeito dos desafios da implementação da regionalização da VS, o qual foi submetido à *Revista Saúde em Debate*.

Para finalizar, apresenta-se uma discussão que articula os resultados dos três artigos à luz do conhecimento científico, as considerações finais, as referências, os apêndices e o anexo.

## 2 INTRODUÇÃO

Entre os temas centrais do debate conceitual e político na atual fase de implementação do SUS, estão a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas e dos processos de trabalho. A trajetória desse debate tem sido marcada pela crítica e pela redefinição de ideias oriundas de movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde, as quais se articulam com propostas surgidas da experimentação prática e da proposição de alternativas aos modelos de atenção à saúde vigentes (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Isso decorre do fato de que a atual forma de organização das práticas e serviços do sistema de saúde brasileiro, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem-se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários do presente e insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

Da mesma forma, é importante destacar que um problema crítico nos sistemas de saúde contemporâneos é a incapacidade de adaptação, em tempo oportuno, às mudanças contextuais. Fatores como o envelhecimento da população, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica mudam em ritmo mais acelerado que os fatores internos aos sistemas (como cultura e estrutura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, financiamento e estilo de gestão), os quais estão sob a governabilidade setorial (OPAS, 2011). Esse cenário descreve a crise universal dos sistemas de saúde, concebidos e desenvolvidos com o propósito de enfrentar as condições e eventos agudos, desconsiderando a verdadeira “epidemia” contemporânea das condições crônicas. O resultado é que se tem uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de saúde desenvolvido no século XX, que se volta, principalmente, para a lógica do atendimento às condições e aos eventos agudos, agenda essa que foi hegemônica do século passado (MENDES, 2010).

Na década de 1990, a estratégia priorizada pela política nacional para a construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral foi a descentralização, mais especificamente a municipalização. Apesar dos resultados positivos desse processo – entre os quais a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras de gestão e assistência e o ingresso de novos atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor –, permaneceram os problemas relativos à fragmentação e à desorganização dos serviços,

dada a existência de milhares de sistemas locais isolados (GERSCHMAN; VIANA, 2005; TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Assim, o balanço que se faz é que o modelo inicial de descentralização no SUS foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos estaduais e municipais, porém não foi capaz de resolver as desigualdades regionais presentes no acesso, na utilização e no gasto público. Além disso, é importante destacar que ele não proporcionou a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, tampouco a formação de arranjos mais cooperativos na saúde (GERSCHMAN; VIANA, 2005; TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Em uma tentativa de superar as limitações decorrentes da municipalização, nos anos 2000, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa do sistema de saúde, com o intuito de aprimorar a descentralização que estava em curso no Brasil. Ademais, apesar de estar prevista desde a Constituição Federal de 1988, a regionalização começou a ser regulamentada no âmbito da política nacional de saúde somente em 2001, com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001), e, mais recentemente, após a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006). A definição de região de saúde apareceu pela primeira vez com a publicação da NOAS, cujo principal objetivo era a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2001). Já as diretrizes do Pacto pela Saúde visavam, entre outros fatores, fortalecer a regionalização por meio da negociação e da pactuação intergovernamental (BRASIL, 2006), com valorização das esferas estaduais e municipais, e com a criação de novas instâncias de cogestão regional (BRASIL, 2009a).

Cabe ressaltar que, neste estudo, compreende-se a regionalização como um processo técnico-político condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações e cidadãos, em diferentes espaços geográficos (VIANA; LIMA, 2011). Por seu significado, considera-se que o avanço do processo de regionalização tende a interferir positivamente no acesso à saúde e na integralidade da atenção, pois permite observar como os determinantes sociais de saúde se expressam no território; a atender uma população que não necessariamente se restringe aos territórios municipais; a estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos

disponíveis; e a disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA *et al.*, 2012a).

Faz-se necessário, portanto, identificar as condições que favorecem ou dificultam o processo de regionalização no Brasil. Sabe-se que uma das diretrizes orientadoras descritas na Portaria nº 4.279/2010 para o processo de implementação da regionalização é o fortalecimento da integração das ações de âmbito coletivo da VS com as da Assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde (BRASIL, 2010). Do ponto de vista técnico-operacional, a VS viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental; e, nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente às necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção e de assistência à saúde (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004).

A VS propõe, assim, uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005). Com base na revisão dos atos normativos do Ministério da Saúde sobre a política de VS, é possível perceber o destaque dado ao papel fundamental que a VS tem na consolidação da regionalização, porém não se prevê a reorganização de seus serviços e ações inseridos em uma perspectiva regionalizada (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014). Além disso, por meio da análise dos estudos sobre a VS (CERQUEIRA *et al.*, 2003; AERTS *et al.*, 2004; SILVA JUNIOR, 2004; FRACOLLI *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2008; BEZERRA *et al.*, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2012; TEIXEIRA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013; PAIVA, 2013; DUARTE, 2014; ALBUQUERQUE *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2015), é possível perceber a escassez na discussão da temática da VS na perspectiva da estruturação e da operacionalização da regionalização. É provável que essa realidade seja atribuída ao fato de, historicamente, no Brasil, a VS ter sido construída com base no fortalecimento do município como o principal gestor e executor das ações e serviços prestados em seu território, sobretudo com transferência direta de recursos financeiros (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b).

Esse contexto demonstra a necessidade de estudos que abordem a temática da VS regionalizada, com o intuito de fortalecer essa estratégia. Assim, o presente estudo se propõe



avaliar o processo de regionalização da VS no Brasil, em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento, e descrever a percepção de gestores com relação aos desafios da implementação da regionalização da VS.

### 3 QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL

#### 3.1 O contexto histórico e o percurso normativo da descentralização no Brasil: da municipalização à regionalização

A descentralização é um fenômeno presente nas reformas dos Estados Nacionais desde o final da década de 1970 (MELO, 1996). O quadro de crise econômica mundial e de redemocratização induziu uma agenda de reformas que foi expressa de forma distinta nos sistemas de saúde, com o intuito de melhorar a eficiência, a efetividade e os instrumentos de *accountability* (LIMA *et al.*, 2012a). A experiência internacional sugere que, em países como Inglaterra, Espanha, Itália e Canadá, a descentralização articulou-se a processos de regionalização que possibilitaram a organização das redes de serviços, associadas à criação e ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (BANKAUSKAITE *et al.*, 2007).

O Relatório *Dawson*, publicado em 1920 na Inglaterra, é considerado pioneiro no que diz respeito à preocupação na utilização de critérios regionais na conformação de sistemas de saúde (OPAS, 1964). O contexto de mudanças nos sistemas de proteção social após a Primeira Guerra Mundial foi o indutor da construção desse Relatório, o qual foi elaborado a pedido do governo inglês. Ele tinha como objetivo propor diretrizes organizativas para a provisão de serviços a toda uma população de uma dada região. Entre outras questões, o Relatório introduziu a ideia de territorialização, de autossuficiência de recursos em todos os níveis de atenção, apontou para a necessidade de articulação entre medidas de prevenção e tratamento e a importância de associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). A relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade com a estratégia de organização regional e hierarquização dos serviços estava presente no Relatório, o qual baseou, com algumas adaptações, a construção de sistemas nacionais de saúde universais por outros países (LIMA *et al.*, 2012b).

Outro exemplo de regionalização da saúde verifica-se no caso espanhol. A Espanha passou por um processo gradativo de universalização de seu sistema de saúde, que se concretizou com a passagem do modelo de seguro social obrigatório para um sistema público de caráter universal nos anos de 1980. A descentralização resultou na conformação de um novo nível de governo, as Comunidades Autônomas (CCAA), a qual, em um contexto de transição democrática, buscou responder à força e às pressões das identidades regionais.

Alguns critérios são definidos por lei para o estabelecimento de diferentes recortes em áreas e zonas de saúde, admitindo adaptações regionais. Outrossim, existem, ainda, mecanismos institucionais e financeiros para compensação dos serviços prestados entre as CCAA, para diminuição da fragmentação e manutenção do caráter universal e igualitário do sistema. Atualmente, a Espanha é considerada um dos países com sistema de saúde mais descentralizado da Europa (JORDANA, 2006; LIMA *et al.*, 2012b).

Já na América Latina, a descentralização e a regionalização foram conduzidas com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção (OPAS, 2010). O descompasso entre esses processos também pode ser percebido no Brasil. Nos anos de 1980, o movimento pela redemocratização e pela reforma do Estado brasileiro incluiu a descentralização como um de seus componentes essenciais (CAMPOS, 2006). Essa corrente se fortaleceu justamente como uma reação ao grau excessivo de centralização ocorrida durante o período ditatorial, período esse também caracterizado como burocrático, excludente e portador de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas (SILVA; MENDES, 2004). No bojo da redemocratização brasileira, o movimento pela reforma sanitária propôs a conformação de um sistema de saúde de caráter universal, a ser operacionalizado pelas três esferas governamentais (VIANNA; MACHADO, 2009).

Assim, a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos financeiros, as sucessivas NOB transferiram progressivamente aos municípios a gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; ELIAS, 2011). Cabe ressaltar que o caráter municipalista da descentralização trouxe avanços para o SUS, sobretudo relacionados com a responsabilização e com a ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios (COSTA, 2001). Segundo Paim e colaboradores (2011), a descentralização do sistema possibilitou a melhoria no acesso à atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em efeitos positivos na cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e nas internações desnecessárias.

Vasconcelos e Pasche (2006) destacam a atuação dos agentes comunitários e os ganhos proporcionados pela adequação das ações às necessidades da população local, bem como a capacitação de grande contingente de profissionais de atuação municipal habilitados a manejar os instrumentos do SUS. Ademais, no que diz respeito à VS, diversos estudos evidenciam que a estratégia de descentralização das ações e dos recursos financeiros para o âmbito municipal proporcionou experiências bem-sucedidas, apontando para os efeitos positivos desse processo (BARBOSA *et al.*, 2010; TEIXEIRA *et al.*, 2012; ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Além disso, diante da necessidade de estabelecer mecanismos para sua implementação, componentes importantes para o sistema de saúde foram instituídos, como, por exemplo, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a progressiva modificação dos critérios de financiamento – passando do pagamento por produção para a transferência automática per capita – e a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais (Comissão Intergestores Tripartite – CIT e as Comissões Intergestores Bipartite – CIB no nível estadual) (VIANA *et al.*, 2002). Esse período foi marcado pela implantação de um modelo em que diversos governos municipais adquiriram uma atuação abrangente no campo da saúde (LIMA *et al.*, 2012a).

Contudo, a fragilidade no planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Com isso, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que se adequassem às diversas condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios, visando à redução das desigualdades nos diferentes planos. A descentralização centrada na municipalização acoplou-se, então, ao desenho federativo brasileiro, desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo e acentuando as atribuições dos municípios na provisão de serviços (LIMA *et al.*, 2012b). Dessa forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais (DOURADO; ELIAS, 2011).

Embora a intenção não seja a de esgotar o debate a respeito dos avanços e retrocessos da descentralização nos moldes municipalistas, vale ressaltar ainda alguns problemas evidenciados na condução desse processo: a competição entre os entes federados, em muitos

casos, não possibilitou a real autonomia municipal, nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais, tampouco nos recursos financeiros disponibilizados; a herança deixada pela medicina previdenciária, cujos atores continuaram a influenciar a lógica de organização do sistema; e a falta de uma cultura participativa da sociedade, que não transformou os Conselhos Municipais de Saúde em legítimos condutores da política de saúde local (DUARTE *et al.*, 2015).

Esse contexto sugere que as condições para um projeto de descentralização que garantisse o acesso universal e atenção integral condizente com as necessidades locais não foram asseguradas. Conseqüentemente, os resultados da descentralização brasileira na saúde são contraditórios e altamente dependentes das condições locais prévias, refletindo diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para prestação da atenção à saúde e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (LIMA *et al.*, 2012b). Observam-se problemas relativos à desintegração territorial de instituições, serviços e práticas, e dificuldades para a conformação de arranjos cooperativos entre os governos (CAMPOS, 2006). O território também não foi o objeto principal de análise e planejamento para as diferentes áreas de governo ao longo desse período, embora, na saúde, iniciativas esporádicas tenham se dirigido para regiões mais carentes (VIANA *et al.*, 2007).

Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS no sentido da regionalização. Somente no contexto dos anos 2000, marcados pela recuperação fiscal dos estados brasileiros e por novas orientações na condução da política nacional, a regionalização passou a ganhar relevo no cenário de implantação do SUS. A definição de região de saúde aparece pela primeira vez com a publicação da NOAS, em 2001, cujo principal objetivo era a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2012b). Vale ressaltar que a regionalização da saúde no Brasil é um fenômeno de enorme complexidade, tendo em vista as desigualdades e as diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde e a multiplicidade de atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução e na prestação da atenção à saúde (VIANA *et al.*, 2015).

Por essas razões, propõe-se o entendimento da regionalização da saúde de forma ampla, como um processo técnico-político de múltiplas dimensões e que envolve:

- A distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos em diferentes espaços geográficos (FLEURY; OUVENEY, 2007; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; VIANA; LIMA, 2011);
- O desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010);
- A incorporação de elementos de diferenciação e de diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde (VIANA *et al.*, 2008);
- A integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e para a redução das desigualdades regionais (GADELHA *et al.*, 2009).

A política de saúde brasileira desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS (ARRETCHE, 2002; VIANA; MACHADO, 2009). A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde por meio da normatização, consubstanciada pela edição de dezenas de portarias, em geral associadas a mecanismos financeiros, que favoreceram a adesão e implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais (MACHADO, 2007) e o aprendizado institucional das secretarias de saúde (VIANA *et al.*, 2002).

Na NOAS, a regionalização foi definida como a macroestratégia para o aprimoramento da descentralização, contemplando uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de 'sistemas funcionais de saúde'. Para a concretização de seus objetivos, ela propôs três grupos de estratégias articuladas: 1) elaboração do Plano Diretor de Regionalização; 2) fortalecimento das capacidades gestoras do SUS em âmbito municipal e estadual; e 3) atualização dos critérios para a descentralização, vinculando-os ao processo de regionalização. No entanto, a excessiva normatividade técnica e a rigidez para conformação de regiões de saúde na NOAS comprometeram sua implantação.

Além disso, muitos municípios e estados resistiram à revisão dos processos de descentralização segundo os novos critérios propostos, não tendo sido assegurados os investimentos federais de apoio à implantação dos Planos de Regionalização (LIMA *et al.*,

2012b). Entretanto, ressalta-se a importância da NOAS para a revalorização da lógica regional na saúde, proporcionando um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos estados e fortalecendo mecanismos de programação em saúde (SOUZA, 2001; LIMA *et al.*, 2012b).

A partir de 2003, o debate que culminou na publicação das diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 foi desencadeado com a entrada de novos dirigentes no Ministério da Saúde, que identificaram a necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo na política de saúde. Havia, à época, uma forte crítica ao modelo de condução federal da descentralização no SUS no período anterior (1998-2002) que teria gerado, entre outros fatores, a burocratização das relações intergovernamentais e uma fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais, devido à intensa normatização atrelada aos incentivos financeiros. Assim, a discussão que se iniciou teve como foco a necessidade de substituição dos processos e instrumentos adotados para a habilitação dos estados e municípios por novas práticas, que induzissem a ação coordenada e cooperativa entre os três gestores do SUS (LIMA *et al.*, 2012c).

O Pacto procurou resgatar o conteúdo político da regionalização por meio da diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro e do acordo estabelecido entre os entes federativos na política de saúde. Enfatizou a importância da condução e adaptação estadual da regionalização, restringindo as determinações federais nesse processo, atualizou os instrumentos de planejamento da NOAS e ampliou a visão da regionalização para além da assistência à saúde (BRASIL, 2006). Além disso, propôs o fortalecimento da cogestão por meio da implantação de instâncias colegiadas nas regiões de saúde, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), os quais foram formados por representantes das secretarias estaduais de saúde (nível central ou estruturas regionais) e pelos secretários municipais de saúde em cada região. Os CGR representaram a criação de um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental no plano regional (BRASIL, 2009a; LIMA *et al.*, 2012b).

Em síntese, o Pacto pela Saúde representou uma mudança nas relações federativas por enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental na política de saúde de forma ampla, com a valorização das instâncias estaduais e municipais e com a criação de novas instâncias regionais (LIMA *et al.*, 2012b). Uma pesquisa realizada por Viana e Lima (2011) investigou o processo de regionalização desenvolvido nos estados

brasileiros no período de 2007 a 2010. O estudo inferiu que a regionalização é dependente do contexto e das regras mais gerais que conformam a política e é influenciada pelas características específicas da implementação no plano estadual e pelos rumos ou pela direção que se deseja imprimir ao processo. No plano locorregional, destacam-se o perfil socioeconômico e as características da rede de serviços de saúde, as condições de financiamento público em saúde e a dinâmica das relações público-privadas na saúde. Os resultados do estudo sugerem que os estados brasileiros se encontram em diferentes estágios da regionalização.

A partir de dezembro de 2010, novas diretrizes foram formuladas, visando estimular a configuração de RAS e o processo de regionalização nos estados brasileiros. A Portaria nº 4.279, de 2010 (BRASIL, 2010), definiu as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das redes de atenção à saúde, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para sua configuração. Além disso, estabeleceu outros elementos constitutivos para o funcionamento das redes. No entanto, apesar dos aprimoramentos nas relações intergovernamentais verificados ao longo do processo de implantação do SUS, as estratégias e os instrumentos propostos ainda eram considerados insuficientes para prover todos os avanços necessários à regionalização (LIMA *et al.*, 2012b).

Em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508, publicado em 28 de junho, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 2011a), deu novo destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação: o mapa sanitário (que inclui a oferta pública e privada nas regiões); os Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões); os planos de saúde; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e as Comissões Intergestores (instâncias de governança regional das redes, incluindo as Comissões Intergestores Regionais – CIR –, em substituição aos CGR).

Diante do quadro teórico e normativo acima apresentado, entende-se que é necessário identificar as condições que favorecem ou dificultam o processo de regionalização para a compreensão de possíveis entraves à ampliação do acesso à saúde e à integralidade da atenção no Brasil. O avanço da regionalização, na atual fase de construção e consolidação do SUS, apresenta, portanto, alguns desafios (LIMA, 2015):



- Introdução de alterações organizacionais, desenvolvimento e incorporação de tecnologias de informação no Ministério da Saúde e nas Secretarias de Saúde, que possibilitem um olhar integrado sobre o território e o reforço do planejamento regional do sistema de saúde;
- Elaboração de uma pauta de negociação regional, no plano nacional e estadual, que subsidie compromissos a serem assumidos pelos gestores no sentido de integrar a atenção à saúde às estratégias de formação e alocação de recursos humanos e à política de ciência e tecnologia do SUS;
- Formulação de propostas específicas que apoiem a regionalização do SUS nos estados brasileiros, levando em consideração condicionantes e estágios diferenciados de implementação de cada um;
- Valorização, atualização e diversificação dos mecanismos de negociação e pactuação intergovernamental, com: a) ampliação da representatividade e do debate sobre temas de interesse regional nas instâncias federativas do SUS; b) reforço da institucionalidade das instâncias federativas no plano regional e criação de novos arranjos em situações específicas (tais como as regiões metropolitanas, as áreas fronteiriças, as zonas limítrofes entre estados, as áreas de proteção ambiental e reservas indígenas); e c) consolidação de parcerias intergovernamentais (por meio de consórcios e contratos) baseadas em planos regionais de saúde formulados e acordados nas instâncias de pactuação federativa do SUS;
- Elaboração de mecanismos de transferência intergovernamental de recursos financeiros e de incentivos para a implantação de políticas vinculadas às redes de atenção no plano regional.

Os desafios apontados acima demonstram que a regionalização no Brasil é um fenômeno complexo, pois envolve um processo de negociação intenso entre atores políticos do Executivo, do Legislativo e da sociedade, e um maior comprometimento das diferentes esferas de governo na gestão e financiamento do SUS.

### **3.2 A construção da VS no Brasil**

O conceito e a aplicabilidade da VS vêm passando por constante desenvolvimento e aprimoramento. Isso se deve ao fato de que a incorporação da VS nos diversos países

depende diretamente do grau de desenvolvimento econômico e dos tipos de estrutura e organização dos sistemas de saúde. Além disso, o contexto social diverso e complexo das sociedades modernas exigem constantes inovações dos modelos de vigilância (WALDMAN, 1998; BRASIL, 2011b; ARAÚJO, 2012; WALDMAN, 2014).

Na década de 1990, Frenk e colaboradores (1991) apontaram para a existência de um modelo ‘polarizado prolongado’ de transição epidemiológica na América Latina, caracterizado por: superposição de etapas – incidência alta e concomitante das doenças de ambas as etapas, pré e pós-transição; contratransição – ressurgimento de algumas doenças infecciosas que já haviam sido controladas; transição prolongada – processos de transição inconclusos, com certo estancamento dos países em estado de morbidade mista; e polarização epidemiológica – níveis diferenciados de transição entre e intrapaíses, inclusive entre grupos sociais de um mesmo país. Seguindo essa lógica, Araújo (2012) ressalta que o Brasil é um exemplo da polarização epidemiológica descrita acima, combinando elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas com altas incidências de doenças infecciosas e parasitárias, e a prolongada persistência de níveis diferenciados de transição entre grupos sociais distintos.

Esse quadro complexo de transição epidemiológica inconclusa acentuou-se progressivamente na década de 1990, e as causas e consequências disso para a atual política de saúde devem ser analisadas (ARAÚJO, 2012). Diante do exposto, nota-se que o processo de transição epidemiológica também demanda transformações nas respostas sociais, expressas inclusive pela forma como o sistema de saúde se organiza para ofertar serviços, o que induz, portanto, uma transição na atenção à saúde (FRENK *et al.*, 1991). No que tange à VS, a ampliação do seu objeto de atuação para além das doenças transmissíveis tornou-se imprescindível diante do novo cenário, com a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis, a saúde no ambiente e nos locais de trabalho (FARIA; BERTOLOZZI, 2009) e o direcionamento a grupos populacionais submetidos a riscos diferenciados de adoecer e morrer (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Vale ressaltar que, no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, os sistemas de vigilância foram estruturados, inicialmente, em uma perspectiva de inclusão das ações de prevenção e controle de doenças se afastando dos moldes da ‘inteligência epidemiológica’ desenvolvida nos Estados Unidos pelo *Centers Disease of Control* (CDC). A integração entre as ações típicas de vigilância com a execução dos programas de prevenção e

controle de doenças tem suscitado intensos debates em determinados períodos da história sanitária brasileira, ao mesmo tempo que produziu e legitimou práticas concretas nos sistemas de saúde, conformando uma relevante especificidade que diferencia o Brasil de outras experiências. Isso se deveu, e se deve, especialmente, à inserção das ações de vigilância no escopo de atuação do SUS, o que trouxe para o centro do debate a importância de construir viabilidade para um modelo mais integral de atenção à saúde (SILVA JUNIOR, 2004).

A descentralização das ações de VS para os municípios e, posteriormente, a sua inserção na discussão sobre um modelo regionalizado de saúde vêm criando um intenso movimento que está induzindo mudanças significativas quanto à percepção de alguns governantes e gestores a respeito do papel da vigilância na saúde pública. Em municípios e regiões nos quais esse processo se mostra mais favorável, os recursos proporcionados vêm resultando em benefícios adicionais aos sistemas de saúde locais. A ênfase na análise de problemas de saúde, priorizando a desagregação espacial de dados e de informações no território, aproxima a epidemiologia ao planejamento e à gestão. Por sua vez, a análise de problemas de saúde segundo condições de vida de grupos sociais inseridos no espaço urbano, por exemplo, facilita a identificação das desigualdades em saúde e de seus determinantes sociais (TEIXEIRA; COSTA, 2012).

Assim, as intervenções orientadas por essa abordagem podem contemplar os danos (doenças e agravos) e os riscos, mas também as necessidades de saúde e seus determinantes socioambientais. Ao combinar tecnologias voltadas para o controle de danos, de riscos e de causas, esse modo tecnológico de intervenção pode concretizar a diretriz da integralidade do SUS, articulando ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças. Nessa perspectiva, a VS é vista de forma ampliada; que, por sua vez, corresponderia a um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; TEIXEIRA; COSTA, 2012).

No entanto, a despeito de diversas experiências locais na implantação da VS enquanto um modelo assistencial, a diretriz política que guia o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) é a atuação enquanto a vigilância em saúde pública, ou seja, aquela que envolve atividades de coleta, consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e

informação, além da adoção de medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de determinantes, riscos e danos à saúde (COSTA, 2015). Dessa forma, a Portaria nº 1.378/13 que regulamenta as responsabilidades dos entes de gestão define a vigilância em saúde como “um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados com a saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Em 2018, a partir dos debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde, em virtude de diversas agendas de saúde e sobre os resultados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), e teve como principal objetivo propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e o fortalecimento de ações de promoção e proteção à saúde (BRASIL, 2018a). No mesmo ano, por meio da Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, foi publicada a PNVS, que aponta para a necessidade de inserção das ações de VS em todas as instâncias e pontos da rede de atenção do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção (BRASIL, 2018b).

Essa Política destaca como estratégias para organização da VS: a regionalização das ações e serviços articulados com a atenção em saúde no âmbito da região de saúde; processos de trabalho integrados com a atenção à saúde, que devem considerar o planejamento integrado da atenção como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta; e a inserção da VS na rede de atenção, que deve contribuir para a identificação de riscos e situações de vulnerabilidade. Com isso, espera-se que a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados com a VS alinhe-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade de suas ações sobre a determinação do processo saúde-doença (BRASIL, 2018b).

No percurso da implementação da VS no Brasil, vitórias e obstáculos vêm sendo observados. Muitas vezes, esses obstáculos dificultam as mudanças desejadas no sentido de atender à integralidade da atenção à saúde, a começar pela integração da VS com a atenção básica, no intuito de reduzir a demanda por média e alta complexidade. As tecnologias tiveram sua incorporação e descentralização de modo desigual entre a assistência e a VS, o que gerou uma defasagem na ampliação das capacidades do SUS no campo da promoção da

saúde, vigilância, controle de doenças e respostas às emergências em saúde pública. Ainda que o repasse fundo a fundo tenha sido um progresso, os gastos com as ações de VS ficam sempre muito aquém das reais necessidades (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que, no final de 2017, uma nova modalidade de repasse de recursos (BRASIL, 2017), em duas rubricas, foi estabelecida – custeio e investimento – sem exigir um teto mínimo para as ações de VS, ficando a cargo do gestor a responsabilidade de planejamento e execução financeira das atividades. Essa alteração pode colocar a VS sob risco de tornar-se invisível ante a atenção hospitalar, que, provavelmente, irá consumir a maior parte dos recursos do SUS (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

### *3.2.1 A construção da VS no contexto de descentralização e regionalização no Brasil*

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), coerente com o momento em que foi criado, no ano de 1975, era baseado no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais de Saúde, excluindo os municípios que, naquela época, não exerciam o papel de gestores do sistema (BRASIL, 1975; BRASIL, 2011b). No entanto, a criação do SUS alterou, radicalmente, esse panorama porque não só passou a incluir o município como um dos gestores do sistema, em um modelo tripartite, mas também o colocou como principal protagonista na execução das ações. Essa mudança provocou o desencadeamento de um novo arranjo para cada uma das esferas de direção do sistema, com um deslocamento progressivo das atividades de execução para os municípios e uma concentração maior na formulação e coordenação para o gestor federal (SILVA JUNIOR, 2004).

As NOB do SUS se apresentaram como um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização no Brasil, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. A NOB 01/93 e a NOB 01/96 foram resultantes de processos intensos de negociação entre os atores setoriais; e a descentralização impulsionada por elas apresentou resultados positivos relacionados, entre outros fatores, com o aumento significativo de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal, com o fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão da saúde e com a expansão da rede de serviços municipais de saúde (SOUZA, 2001).

Apesar da clareza contida nos instrumentos legais, razões de natureza política, técnica e as resistências corporativas fizeram com que as ações de VE só fossem colocadas sob

direção única de cada gestor com o início do processo de descentralização desencadeado a partir da publicação das Portarias nº 1.399 e 950 no ano de 1999 (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b). Até aquele momento, em quase 100,0% dos estados, as ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores ainda eram executadas diretamente pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), situação essa que negava, na prática, o princípio da direção única do SUS em cada esfera de governo (SILVA JUNIOR, 2004).

Posteriormente, no ano de 2003, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no Ministério da Saúde representou, em vários aspectos, um enorme avanço para o desenvolvimento das ações de controle, prevenção e proteção à saúde da população brasileira. A colocação da SVS no mesmo patamar da Secretaria responsável pela área de assistência médica individual demonstrou, do ponto de vista formal, um primeiro passo no sentido de superação da dicotomia do modelo assistencial vigente. Essa Secretaria, como sucedânea do Cenepi/Funasa<sup>1</sup>, que foi responsável por significativas e importantes mudanças no sistema de vigilância e controle de doenças e agravos, contribuiu para a descentralização das ações de vigilância uma vez que estimulou o fortalecimento da autonomia administrativa e financeira dos municípios (TEIXEIRA, 2002).

Com a criação da SVS, estabeleceu-se um processo de discussão na CIT sobre a revisão da Portaria nº 1.399/99 que culminou com a pactuação da Portaria nº 1.172/04, que trouxe modificações como, por exemplo, a inclusão de questões referentes ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária. Nessa portaria, porém, são mantidos os processos de certificação e os mecanismos de financiamento implantados pela Portaria nº 1.399/99 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b). No ano de 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas. O Pacto pela Saúde radicaliza então a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos, e reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas (BRASIL, 2006).

---

<sup>1</sup> A criação do Cenepi, em 1990, implementou a reorganização do sistema de vigilância e controle de doenças e agravos promovendo o uso da epidemiologia em todos os níveis do SUS e ampliou o escopo de atuação para a vigilância ambiental e, pela primeira vez, foram desenvolvidos esforços na direção de implementar uma política de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis (TEIXEIRA, 2002).

Assim, no ano de 2009, ficou clara a necessidade de revisão da Portaria nº 1.172/04, com vistas à criação de condições favoráveis ao fortalecimento da VS e da Promoção da Saúde, com base nas mudanças observadas no Pacto pela Saúde. Então a publicação da Portaria nº 3.252/09 promoveu, dentre outros, a substituição do processo de certificação da gestão das ações de VS pela adesão ao Pacto; a integração da VS com a atenção primária; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS, devendo orientar, dentro do princípio da integralidade, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores; e, por fim, a cogestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo (BRASIL, 2009b).

Essa Portaria foi revogada e substituída pela Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pela União, estados, Distrito Federal e municípios, vigente até os dias atuais (BRASIL, 2013). Em 2011, no Decreto Presidencial nº 7.508, publicado em 28 de junho, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 2011a), as ações de VS foram incluídas no Coap, que propõe um novo modelo de relação interfederativa, possibilitando maior organização e integração das ações e serviços de saúde da rede regionalizada e hierarquizada nas regiões de saúde, com definições de responsabilidades, indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros que serão disponibilizados por cada ente federativo (BRASIL, 2011a).

Diante do percurso normativo descrito acima (Figura 1), é possível perceber que a VS no Brasil foi construída com base no fortalecimento do município como o principal gestor e executor das ações e serviços prestados em seu território, sobretudo com transferência direta de recursos financeiros. No entanto, a partir do Pacto pela Saúde, que ampliou a visão da regionalização para além da assistência à saúde e criou novas instâncias regionais; da Portaria nº 4.279/10, que visou estimular a configuração de RAS e o processo de regionalização nos estados brasileiros; e da PNVS, que destaca como estratégia para organização da VS a regionalização das ações e serviços articulados com a atenção em saúde no âmbito da região de saúde; a necessidade de desenvolver práticas regionalizadas na VS tornou-se imprescindível. No entanto, devido à insuficiência de estratégias e instrumentos para prover todos os avanços necessários à regionalização do SUS e da VS, o Decreto nº 7.508/11 deu novo fôlego a esse processo.

**Figura 1 – Representação dos atos normativos na evolução da descentralização da Vigilância em Saúde no Brasil**

Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao SNVS e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	Jun 2013	Portaria 1.378
Regulamenta a Lei 8.080 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Jun 2011	Decreto 7.508
Ênfase na descentralização de atribuições e territorialização da saúde, reiterando a importância da participação e do controle social. Explicita diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite	2006	Pacto pela Saúde
Substitui a Portaria 1.399 e regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências na área de Vigilância em Saúde	Jun 2004	Portaria 1.172
Proposta de fortalecimento de modelos alternativos de atenção à saúde	2003	Criação da SVS
Descentralização das ações de epidemiologia, prevenção e controle de doenças	Dez 1999	Portaria 1.399
Consolidação da política de municipalização	1996	NOB 01/96
Estímulo à municipalização	1993	NOB 01/93
Implantação do SUS	1990	Lei 8.080/90
Aprovada a criação do SUS	1988	Constituição Federal
Criação do SNVE	Ago 1976	Decreto 78.231
	Out 1975	Lei 6.259

Fonte: Elaboração própria



Sabe-se que a oferta de algumas ações e serviços da forma como encontram-se estruturados, tendo como base a escala municipal, apresenta-se insuficiente à população brasileira. Existem no Brasil muitos municípios que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de saúde adequadamente. Por outro lado, existem municípios que se tornam referência e garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de Estados diferentes. Por isso, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso e integralidade, ampliando a capacidade de atender às necessidades e aos anseios sociais (FELISBERTO, 2015).

Para a VS, alguns serviços podem ser disponibilizados em escala regional, tais como: laboratórios de saúde pública, centros de controle de zoonoses, câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos, centros de referência para imunobiológicos especiais, centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos, centros de armazenamento de inseticidas, Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade, entre outros, considerando-se aqui as regras de economia de escala. Vale ressaltar também, a título de exemplificação, a relação observada entre a ocorrência de dengue e o grau de urbanização: áreas com alta densidade demográfica e regiões metropolitanas costumam apresentar maior incidência da doença. Em consequência, as ações de controle a serem desenvolvidas necessariamente ultrapassam os limites dos municípios, devendo ser planejadas regionalmente e executadas de maneira articulada (BRASIL, 2009c).

Apesar dos avanços observados e das potencialidades na proposição da VS no Brasil, Faria e Bertollozi (2009) citam diversas lacunas para sua implementação nas práticas de saúde, com destaque para a carência de uma direção política, ideológica e gerencial nos níveis micro e macro do sistema de saúde que permitam a reordenação dos processos de trabalho com a inclusão de novos atores e outros instrumentos ou meios de trabalho. Assim, considera-se que, para o avanço na regionalização, é imperativo existir, entre os entes federados, o princípio da solidariedade, para além do compromisso dos gestores e do atendimento aos preceitos legais e normativos (FELISBERTO, 2015). Alguns estados/regiões de saúde têm seguido estratégias próprias nesse sentido, razão pela qual se torna importante mapear esse processo.

A VS se insere em um Estado que é modificado pela correlação de forças históricas e sociais. Portanto, essa não é uma questão somente de âmbito gerencial, mas também federativa e de coordenação do trabalho, o que coloca na arena o repensar de conteúdos e de modos da organização do trabalho, de competências e estratégias de intervenção, no sentido de ultrapassar seus principais desafios na direção do melhor funcionamento do Sistema (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Franco Netto e colaboradores (2017), em estudo sobre os desafios da VS considerando suas teorias e práticas, no contexto da 1ª CNVS, relacionaram cinco eixos de debate:

- **Governança:** a natureza da VS requer uma ação sistêmica decorrente da responsabilidade sanitária de todos os entes federados, o que leva à necessidade de fortalecimento de sua capacidade antecipatória e preventiva, capaz de influenciar a ação regulatória do Estado. Assim, faz-se necessária a “radicalização” da integração das ações de VS, superando a concepção de que ela é o somatório das vigilâncias epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, bem como com a instituição de uma ação integrada com a rede assistencial, moldada com a participação social e pelos problemas definidos no território de sua abrangência de ação. Para isso, torna-se fundamental um sistema de governança com participação da sociedade, articulado as instâncias de controle social e gestão participativa e os poderes legislativos e executivos.
- **Informação para ação:** a integração das informações, tais como investigação de casos, ameaças e problemas correlacionados, com outras fontes de informação, incluindo percepção, práticas e saberes da sociedade, possibilita definir um cenário sanitário contextualizado à dinâmica dos territórios. Esse é o elemento fundante da organização de uma intervenção em favor da promoção e da proteção à saúde e da prevenção de agravos, pois a informação da VS é um bem público que necessita ser livremente disponibilizado e ser de fácil acesso a toda a sociedade.
- **O território como espaço de análise, gestão e intervenção:** é no território onde acontecem as relações de vida e trabalho e que a determinação social do processo saúde e doença operacionaliza-se por meio da organização dos serviços de saúde em redes. Ao considerar aspectos de natureza econômica, social, ambiental, cultural, política e suas mediações, a VS amplia e empodera a sua capacidade de identificar

onde e como devem ser feitas as intervenções de maior impacto no território, o qual é conectado por fluxos de cadeias produtivas e distributivas de produtos de interesse sanitário e pela vigilância de situações de risco similares.

- Questões a serem enfrentadas: o atual sistema de registro de agravos do SUS resulta em uma visibilidade ainda não definida. Algumas questões sanitárias emergentes com magnitudes diversas carecem de uma abordagem sistêmica e integrada de VS, porém, na prática, são sustentados por um arcabouço documental, um conjunto de normas e resoluções e um sistema de informação para o registro de casos e indicadores de acompanhamento voltados em si mesmo, configurando um crescente de informações sem o necessário desencadeamento de ações de prevenção correspondente à dimensão do problema. O desafio é deflagrar ações integradas de base territorial, voltadas para os problemas definidos coletivamente em processos participativos e descentralizados.
- Monitoramento e avaliação: a trajetória do desenvolvimento da VS no Brasil tem apontado caminhos para uma avaliação sistemática de seu desempenho. Desse modo, o processo avaliativo da vigilância nos territórios deve construir pontes teórico-práticas entre as abordagens e metodologias utilizadas, analisando sua efetividade em relação aos princípios do SUS e das políticas de saúde, valorizando a participação da população local e a ampliação de autonomia da comunidade.

A VS, portanto, tem sido chamada a orientar sua ação considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde da população. Para que isso se concretize, é imprescindível que ela se reconheça na agenda da determinação social da saúde, trazendo para si a construção de conhecimentos e práticas transdisciplinares e transeitoriais (FRANCO NETTO *et al.*, 2017).

### **3.3 Avaliação de desempenho**

Nos últimos anos, vários estudos têm abordado a temática da avaliação da VS (SILVA JUNIOR, 2004; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2012; ALBUQUERQUE; MOTA; FELISBERTO, 2015; COSTA *et al.*, 2015), porém, ainda são escassas pesquisas que abordam o tema sob a perspectiva da estruturação da regionalização e do seu desempenho. Ressalta-se que não há consenso quanto à melhor abordagem para aferir o desempenho de sistemas de saúde, e isso se deve, em parte, pelo seu caráter contingente e paradoxal, aliado à pluralidade conceitual e metodológica dos modelos

utilizados (SICOTTE *et al.*, 1998; ARREAZA; MORAES, 2010; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2011; VIACAVA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2015).

No que se refere ao caráter contingente, o desempenho modifica-se segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde e qual o papel do Estado em relação à saúde das populações, além de modificar-se no tempo e a depender do contexto no qual se insere, refletindo as concepções dominantes (ARREAZA; MORAES, 2010; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2011; VIACAVA *et al.*, 2012). Quanto ao caráter paradoxal do desempenho, é importante destacar a natureza divergente dos problemas de saúde, ou seja, quanto mais se aprofunda no estudo desses problemas, as soluções parecem divergir, tornando-se, muitas vezes, contraditórias, paradoxais. Isso quer dizer que, devido ao caráter paradoxal, as intervenções em saúde podem apresentar um bom desempenho se avaliado a partir de certos critérios, ou um mau desempenho, se observado por outros (SICOTTE *et al.*, 1998).

Ao se reconhecer a pluralidade conceitual e metodológica dos modelos avaliativos de desempenho, admite-se que o seu conceito pode englobar uma gama de noções, tais como eficácia, eficiência, produtividade, qualidade, entre outras. Ademais, segundo Contandriopoulos e colaboradores (2011), pode-se dizer que esses atributos correspondem a subdimensões do desempenho (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2011). No entanto, torna-se necessária uma delimitação mais precisa do que se pretende avaliar como desempenho (VIEIRA-DA SILVA, 2005), pois a falta de consenso nas definições, conseqüentemente, pode interferir no entendimento sobre qual o melhor modelo a ser utilizado.

Com relação aos modelos, um ponto que merece destaque diz respeito ao contexto no qual foram elaborados, uma vez que muitos deles foram aplicados em países com realidades distintas da brasileira ou focam em intervenções fora do setor saúde. Portanto, a identificação do modelo mais adequado a cada realidade depende diretamente do contexto organizacional e do funcionamento da intervenção que será avaliada, como também dos seus propósitos, objetivos e princípios organizacionais (SICOTTE *et al.*, 1998).

Apesar das questões supramencionadas, a avaliação de desempenho é apontada por diversos autores como propulsora de mudanças e promotora de maior responsabilização, transparência e qualidade (LARHEY; NIELSEN, 2013; MARCHAL *et al.*, 2014). No Brasil, as avaliações de desempenho da VS utilizaram diferentes abordagens metodológicas.

Teixeira e colaboradores (2012) avaliaram o SNVS a partir de suas capacidades centrais, deficiências e limitações na condução das emergências de saúde pública, dentro do contexto do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), com a utilização de dados primários. O estudo concluiu que, particularmente nos níveis nacional e estadual, as capacidades básicas do SNVS estão bem estabelecidas e cumprem a maioria dos requisitos do RSI.

Silva Junior (2004) avaliou o desempenho do SNVS, com a utilização de dados secundários, em duas etapas: análise de um conjunto de 11 atividades selecionadas, por meio de 23 indicadores, e construção de um indicador composto de avaliação da VS, que sumarizou as 11 atividades. Já o estudo conduzido por Costa e colaboradores (2015), o qual avaliou o desempenho estadual da VS em Pernambuco no ano de 2012, realizou uma pesquisa avaliativa com base no modelo multidimensional de avaliação global e integral do desempenho dos sistemas de saúde, concluindo que a estratégia foi apropriada para a identificação das fortalezas e fragilidades em diversas dimensões do desempenho. Os estudos citados utilizaram diferentes recortes geográficos, mas nenhum deles adotou a perspectiva regional.

A diversidade de estratégias e modelos adotados sinaliza a busca de abordagens adequadas para avaliação do desempenho da VS considerando seu estágio de desenvolvimento e as necessidades prementes (COSTA *et al.*, 2015). As mudanças ocorridas na forma como o sistema de saúde se organiza para ofertar serviços de assistência e vigilância, nas últimas décadas, desencadeadas principalmente pelo processo de descentralização político-administrativa, bem como o complexo cenário demográfico e epidemiológico nacional (ARAUJO, 2012; FREESE; FONTBONNE, 2006), impuseram transformações nas respostas sanitárias e a ampliação do escopo de atuação da VS.

Entende-se, portanto, que refletir sobre o desempenho, identificando um modelo de avaliação com um maior potencial explicativo e adequado à realidade da regionalização da VS, ainda é um desafio. Nesse sentido, o presente estudo se propõe a avaliar o desempenho da regionalização da VS a partir de uma metodologia desenvolvida para este fim.

#### 4 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A regionalização como macroestratégia organizativa para o aprimoramento da descentralização do SUS;
- Que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território nacional, refletindo as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas dos governantes;
- A existência de tensões entre as distintas lógicas que orientam a organização dos serviços, expressas em propostas de planejamento e de financiamento conduzidas de forma fragmentada, seja por uma mesma esfera de gestão ou, ainda, pelos vários entes governamentais que exercem influência político-administrativa sobre determinada região;
- A importância do papel da VS como base para o desenvolvimento, a implementação e o aprimoramento de programas, serviços e sistemas de saúde;
- A necessidade de construir pontes teórico-práticas entre as abordagens e metodologias avaliativas para análise do desempenho da VS em relação aos princípios do SUS e das políticas de saúde, a qual pode orientar sua ação considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde da população.

A realização do presente estudo se justificou pelo(a):

- Importância do fortalecimento do enfoque territorial e da capacidade de planejamento e gestão intergovernamental em suas múltiplas escalas (nacional, estadual, regional), entendendo-se que o território agrega a perspectiva da diversidade regional (que se traduz em dinâmicas territoriais específicas), do desenvolvimento, da integração de políticas sociais e econômicas e da articulação dos diversos campos da atenção à saúde (assistência, vigilâncias, regulação etc.);
- Papel da VS na reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente às

necessidades de saúde da comunidade, por meio de atividades que envolvem a produção de informações e o desenvolvimento de ações de promoção, de prevenção e controle de doenças e agravos;

- Necessidade de estudos que possam contribuir para a identificação de potencialidades e obstáculos para a conformação de arranjos organizativos de ações e serviços no âmbito do SUS;
- Complexidade de contextos das regiões brasileiras, o que favorece a existência de diversas concepções e práticas de gestão e aponta para necessidade de mapear o processo de regionalização da VS;
- Lacunas no conhecimento no que diz respeito ao processo de implementação da regionalização da VS no Brasil, especialmente devido à escassez de pesquisas que abordem a vigilância no âmbito da regionalização.

## **5 PERGUNTA CONDUTORA**

O presente estudo pretendeu responder às seguintes perguntas:

- Qual o desempenho da regionalização da VS nas seis regiões de saúde seleccionadas para o estudo?
- Qual a percepção dos gestores estaduais de VS quanto aos principais desafios na implementação da regionalização da VS nas regiões de saúde seleccionadas?



## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 Geral**

Avaliar o desempenho da regionalização da VS em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil.

### **6.2 Específicos**

- Propor uma metodologia para a avaliação do desempenho da regionalização da VS;
- Avaliar o desempenho da regionalização da VS em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil;
- Descrever a percepção de gestores com relação aos desafios na implementação da regionalização da VS em seis regiões de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Os procedimentos metodológicos utilizados para a consecução dos objetivos da presente tese estão descritos detalhadamente nos três artigos que a compõem. No entanto, é importante ressaltar que esta tese é um desdobramento da pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes)*, de âmbito nacional, a qual se baseou em seis dimensões para avaliar, sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico-metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS: Sistemas de governança regional; Fluxos de demanda e estruturação da oferta; Atenção Primária em Saúde nas regiões e redes de saúde; Redes de Atenção à Saúde e gestão clínica, contratualização, qualidade, monitoramento e avaliação; Recursos Humanos; e VS.

A tese deteve-se a avaliar a dimensão da VS, a partir da proposição de uma metodologia de avaliação de desempenho da regionalização da VS (artigo 1) e da aplicação dessa metodologia em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil, selecionadas a partir de critérios estabelecidos (artigo 2). Adotaram-se uma abordagem quantitativa transversal e um sistema de escores para o julgamento de valor. Utilizaram-se dados primários, coletados por meio de entrevistas com profissionais e gestores da VS, a partir de um questionário composto por questões expressas majoritariamente na escala de *Likert*, embora também contenha algumas dicotômicas e multinomiais (APÊNDICE A).

Para descrever a percepção de gestores com relação aos desafios na implementação da regionalização da VS no Brasil (artigo 3), foi realizado um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com a utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B), aplicado aos seis gestores estaduais de VS.

O presente estudo foi submetido à análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (ANEXO A), aprovado com o número de protocolo 071/2015. Foi garantida a confidencialidade das informações, bem como o anonimato dos participantes que foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) com os

potenciais riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, conforme resolução vigente do Conselho Nacional de Saúde.

## **8 ARTIGO 1 – REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE NO BRASIL**

Neste artigo, foi proposta uma metodologia para avaliação do desempenho da regionalização da VS nas regiões de saúde. O instrumento de pesquisa foi elaborado com a participação de uma rede de pesquisadores pertencentes a 18 instituições, distribuídas pelas 5 regiões brasileiras, baseado nos aspectos políticos, estruturais e organizacionais do processo de regionalização da VS, tomando como base as três dimensões da pesquisa (Política, Estrutura e Organização) e, posteriormente, validado por um grupo de *experts*, formado por 15 profissionais da área da VS e 5 da avaliação em saúde. A metodologia imprime à avaliação uma prática reflexiva capaz de promover o aprendizado pessoal e organizacional.

## Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil

Ana Coelho de Albuquerque <sup>1</sup>  
Eduarda Ângela Pessoa Cesse <sup>2</sup>  
Eronildo Felisberto <sup>3</sup>  
Isabella Samico <sup>4</sup>  
Liza Yurie Teruya Uchimura <sup>5</sup>  
Nathalie Estima <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.740-465. E-mail: anacoelhoalbuquerque@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil.

<sup>3,4</sup> Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>5</sup> Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* avaliar o desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde (VS) em uma região do Estado de São Paulo.

*Métodos:* estudo quantitativo e transversal, realizado na V Diretoria Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Foi desenvolvido um questionário estruturado, a partir das três dimensões da pesquisa (Política, Estrutura e Organização). Utilizou-se como tendência central o escore médio (EM) e para cada dimensão e atributo foram construídos índices sintéticos. Foram atribuídos três pontos de corte para avaliação do desempenho: valores iguais ou abaixo de 4,99 foram considerados insatisfatórios; entre 5,00 e 6,99, intermediários; e iguais ou acima de 7,00 satisfatórios.

*Resultados:* o desempenho da regionalização da VS foi considerado satisfatório, com destaque para a dimensão 'Política' (EM 8,51) e 'Organização' (EM 8,18). A 'Estrutura' obteve desempenho intermediário (EM 6,78). A metodologia proposta mostrou-se apropriada para avaliar o desempenho da regionalização da VS, porque permitiu identificar suas potencialidades e fragilidades.

*Conclusões:* apesar da regionalização ser um processo em curso, faz-se necessário o estabelecimento de um projeto político que a assuma efetivamente como estratégia para a reorganização da atenção à saúde no Brasil.

**Palavras-chave** Vigilância em saúde pública, Regionalização, Avaliação em saúde, Avaliação de desempenho

Recebido em 2 de Junho de 2017

Versão final apresentada em 17 de Agosto de 2017

Aprovado em 18 de Setembro de 2017

## Introdução

No Brasil, durante a década de 1990, a estratégia priorizada pela política nacional para a construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral foi a descentralização, tendo como foco principal a municipalização. No entanto, o balanço que se faz desse modelo de descentralização adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é que, inicialmente, o mesmo foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes das esferas estaduais e municipais, porém não foi capaz de proporcionar a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, nem tampouco a formação de arranjos mais cooperativos na saúde.<sup>1</sup> Assim, as condições para um projeto de descentralização que atendesse às finalidades da política nacional de saúde não foram alcançadas. Em consequência, percebe-se que seus resultados são contraditórios e altamente dependentes de condições locais prévias.<sup>2</sup>

Na tentativa de superar as limitações decorrentes da municipalização, a regionalização passou a ser priorizada como macroestratégia organizativa do sistema de saúde brasileiro. No entanto, um estudo realizado por Vargas *et al.*,<sup>3</sup> o qual analisou a regionalização no Brasil, concluiu que esse processo apresenta baixa implantação e desenvolvimento, pois depende de responsabilidades complexas da entidade regional e da fragilizada co-responsabilização dos níveis estadual e federal. Além disso, sabe-se que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território nacional, pois refletem as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas dos governantes.<sup>4</sup>

No que se refere à Vigilância em Saúde (VS), sabe-se que desde o início do processo de construção e implantação do SUS foi debatida uma proposta coerente com a necessidade de reorganizar e reorientar os serviços de saúde no país.<sup>5</sup> Para tal, a VS tem um papel fundamental do ponto de vista técnico-operacional, pois viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental e, nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente às necessidades de saúde da comunidade, por meio de atividades que envolvem a produção de informações e o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos,<sup>6</sup> sem perder de vista a diretriz da regionalização do sistema nacional de saúde.

Diante desse contexto de mudanças organizacionais, surge a necessidade do delineamento de estratégias que contribuam com a melhoria do desempenho e respondam às necessidades institucionais do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS),<sup>7</sup> alinhado às perspectivas atuais de regionalização do SUS. Destaca-se a necessidade de estudos que abordem a temática da VS numa perspectiva regional, com o intuito de fortalecer essa estratégia. Para tal, diversos autores<sup>8,9</sup> apontam a avaliação de desempenho como uma estratégia indutora de mudanças capaz de promover uma maior responsabilização, transparência e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. E, embora não haja consenso sobre como medir o desempenho dos sistemas e serviços de saúde, este pode ser definido em relação ao cumprimento de objetivos das organizações que compõem o sistema.<sup>10</sup>

No Brasil, o desempenho no setor saúde é ainda pouco explorado, especialmente no que tange à VS.<sup>7</sup> Cita-se, como exemplos, o estudo realizado por Silva Júnior,<sup>11</sup> o qual avaliou o desempenho do SNVS por meio de um indicador composto e, mais recentemente, o estudo feito por Teixeira *et al.*,<sup>12</sup> que avaliou o SNVS à luz do Regulamento Sanitário Internacional. No entanto, esses estudos apresentaram conceitos e abordagens diversas, trazendo à tona a discussão do desempenho nesse subsistema do SUS. Entende-se, portanto, que refletir sobre o desempenho, identificando um modelo de avaliação com um maior potencial explicativo e adequado à realidade da regionalização da VS, ainda é um desafio. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar o desempenho da regionalização da VS em uma região do estado de São Paulo, a partir de uma metodologia desenvolvida para esse fim, com o intuito de contribuir com a discussão dessa temática.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo de caso, de cunho quantitativo transversal, o qual é parte integrante da pesquisa intitulada *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*. O local do estudo foi a Diretoria Regional de Saúde V (DRS-V) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), subdividida nas regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos, composta pelos seguintes municípios: Altair, Barretos (sede), Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Guará, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul, Paulista, Olímpia, Severínia, Taiacu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto.

A região de saúde foi selecionada intencionalmente tomando como base as 436 regiões de saúde constituídas no território brasileiro, a partir do estudo de tipologia proposto por Viana *et al.*<sup>13</sup> A amostra da pesquisa foi do tipo não-probabilística, na qual os municípios da região foram selecionados por conveniência. Foram selecionados municípios com maior capacidade instalada em saúde para as regiões Norte-Barretos (Olímpia) e Sul-Barretos (Bebedouro), com menor capacidade instalada e com uma população significativa de ambas as regiões (Cajobi e Taiúva), além do município sede da DRSV (Barretos), perfazendo um total de cinco municípios estudados. Participaram desta pesquisa atores-chave para a área de VS nas respectivas regiões, da esfera municipal e regional. Esses informantes foram identificados de acordo com a ocupação profissional nos principais órgãos de VS.

Para a avaliação do desempenho da regionalização da VS foi elaborado um questionário estruturado para coleta de dados primários quantitativos, aplicado a atores-chave das regiões de saúde. Esse questionário foi elaborado por uma rede de pesquisadores pertencentes a 18 instituições, distribuídas pelas 5 regiões brasileiras, baseado nos aspectos políticos, estruturais e organizacionais do processo de regionalização da VS, tomando como base as três dimensões da pesquisa (Política, Estrutura e Organização) (Figura 1). Posteriormente, esse questionário foi validado por um grupo de *experts*, formado por 15 profissionais da área da VS e cinco da avaliação em saúde, tendo como base a técnica denominada ‘Conferência de Consenso’,<sup>14</sup> adaptada para os fins da pesquisa.

Na primeira etapa, os *experts* da VS receberam via e-mail um arquivo contendo as perguntas do questionário. Cada um deles analisou as questões, propondo alterações no texto, supressão ou acréscimo de questões sendo as respostas de cada *expert* armazenadas individualmente em uma base de dados para posterior análise e consolidação pela equipe da pesquisa. Na segunda etapa, foi realizado um encontro presencial com o total de *experts*, possibilitando a discussão sobre as alterações propostas, além de reflexões à luz das experiências e dos conhecimentos acumulados por cada um. Ao final dessa discussão, as questões acrescentadas ou suprimidas, bem como as alterações de texto, foram consolidadas. Na terceira e última etapa, o consolidado das informações discutidas na segunda etapa foi submetido apenas ao grupo de *experts* da avaliação em saúde, os quais fizeram apenas ajustes de escrita.

O instrumento de pesquisa foi composto por questões expressas na escala Likert<sup>15</sup> de cinco pontos, em que o valor um (1) equivale à pior avaliação e o cinco (5) à melhor avaliação. As respostas dessas questões foram dispostas em escala de frequência (sempre, quase sempre, às



vezes, raramente, nunca ou não sabe), de importância (muito alta, alta, média, baixa, muito baixa ou não sabe) ou dicotômica (sim ou não). O questionário também contém questões de múltipla escolha e questões abertas.

O grupo de respondentes foi composto por gestores da VS, porém quando o organograma do município não contemplava um gestor específico de VS, foram entrevistados gestores de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, conjuntamente. Os questionários foram aplicados com seis gestores municipais e dois gestores da instância regional, perfazendo um total de oito gestores entrevistados.

Com o intuito de apreender a realidade empírica e a operacionalização da avaliação das dimensões Estrutura e Organização, utilizou-se o conceito de condição traçadora.<sup>16</sup> As condições traçadoras adotadas por este estudo foram a dengue e a tuberculose, selecionadas por apresentarem as seguintes características: a) alta prevalência e disseminação em todo o território nacional; b) pelo fato de existirem critérios normativos explícitos para diagnóstico e tratamento dessas doenças; c) por possuírem programas de prevenção e controle estabelecidos, com ações e fluxos determinados entre as diversas instâncias gestoras.

### **Índice de desempenho da regionalização**

---

Para a análise do desempenho da regionalização, segundo as dimensões e atributos, elegeram-se as seguintes variáveis (Tabela 1):

O escore médio (EM) foi a medida de tendência central selecionada para a análise dos resultados das questões dispostas na escala *Likert*, o qual varia em uma escala de 1 a 10. Além disso, para cada atributo foram construídos índices sintéticos, também expressos na escala 1 a 10, compostos pela média dos resultados das variáveis. O índice de desempenho corresponde ao resultado agregado de cada dimensão do estudo (Política, Estrutura e Organização), de acordo com os atributos e indicadores, bem como ao agregado geral da região, considerando as três dimensões do estudo.

Foram atribuídos três pontos de corte para avaliação do desempenho de cada dimensão, atributo e desempenho final da região: valores iguais ou abaixo de 4,99 foram considerados insatisfatórios; entre 5,00 e 6,99, intermediários; e iguais ou acima de 7,00 satisfatórios. Para as questões dicotômicas e multinomiais, optou-se por utilizar o percentual das respostas

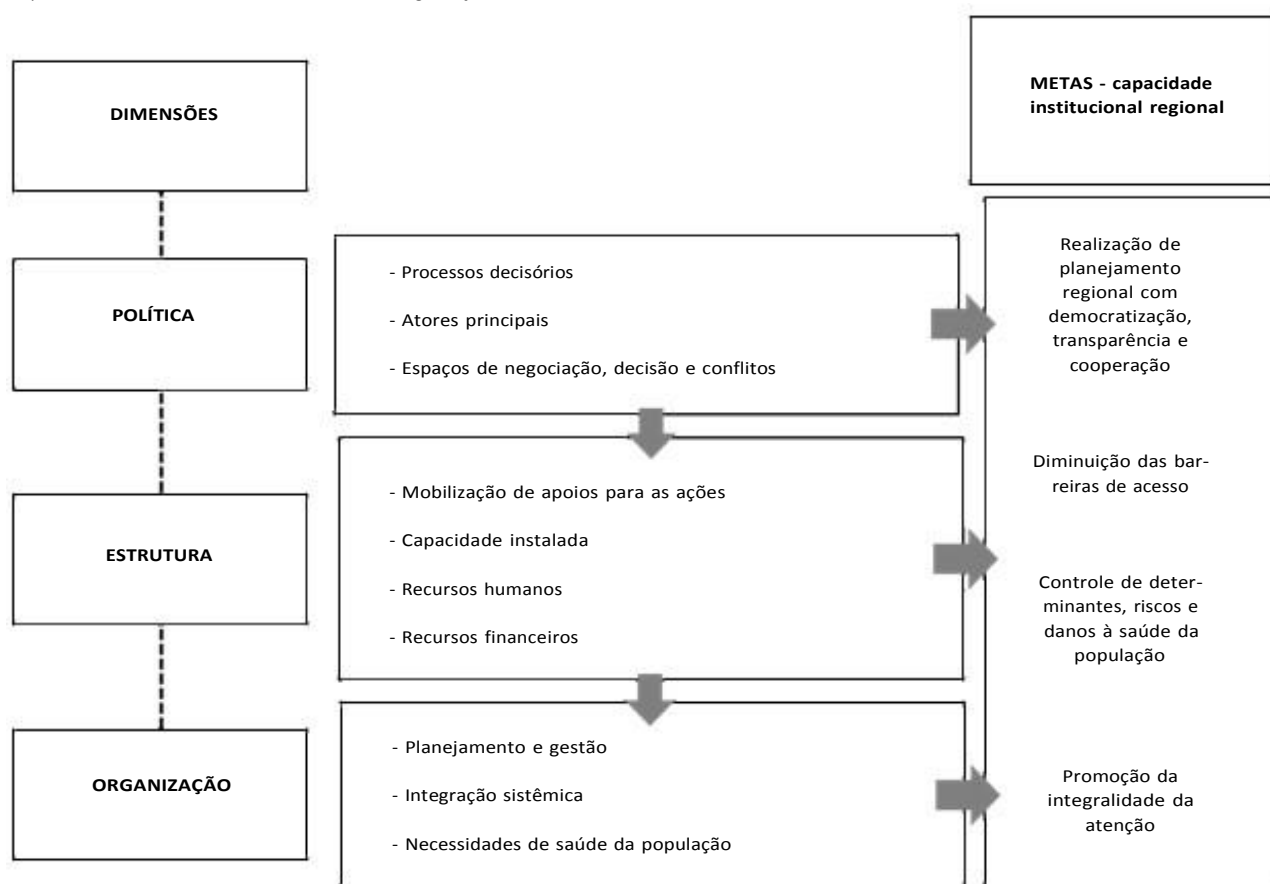
afirmativas e/ou positivas em relação ao item investigado. Todas as questões foram tabuladas no software Excel e a análise estatística foi realizada no programa SPSS para Windows, versão 21.0 (Armonk, NY).

Com relação às questões abertas, foi realizada análise do tipo temática com o objetivo de identificar núcleos de sentido que compõem a comunicação dos entrevistados, cuja a presença ou repetição nas diversas falas apresentavam significado para o objeto analítico investigado.<sup>17</sup> Os dados considerados relevantes foram inseridos de forma ordenada e cronológica em uma matriz de análise, com o intuito de facilitar a compreensão, interpretação e análise do material.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com o número de protocolo 071/2015.

**Figura 1**

Esquema analítico: Dimensões Política, Estrutura e Organização.



**Tabela 1**


---

 Dimensões, Atributos e Variáveis para avaliação do desempenho da regionalização.
 

---

<b>Dimensão</b>	<b>Atributo</b>	<b>Descrição das variáveis</b>
Política	Protagonismo da região de saúde	Referente à importância dos: órgãos públicos de organização do sistema de saúde, organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas e conselhos participativos.
	Importância da CIR	Referente à importância da Comissão Intergestores Regional (CIR) na discussão de temáticas referentes à VS.
Estrutura	Mobilização de apoios para as ações	Mobilização de apoio para ações de VS.
	Suficiência financeira	Participação das esferas municipal, estadual e municipal no custeio da VS; percentual de execução dos recursos do Piso Fixo e Variável da Vigilância e Promoção da Saúde (PFVVPS); investimento para a VS na região.
	Suficiência de recursos humanos	Suficiência de recursos humanos por categorias profissionais.
	Suficiência de recursos físicos	Suficiência de estrutura; mobilização de insumos, medicamentos e exames para os programas de controle da tuberculose e dengue.
Organização	Planejamento e gestão	Referente aos parâmetros utilizados no planejamento da VS; definição de práticas e processos de trabalhos e contribuição da gestão.
	Integração	Integração inter e intrasetorial; mecanismos de integração da VS com a Atenção Primária à Saúde (APS).
	Controle de determinantes, riscos e danos à saúde	Frequência de doenças de notificação compulsória encerradas por critério laboratorial; frequência de envio de amostras laboratoriais de exames de interesse para VS para análise em outra região de saúde; realização de ações de controle da tuberculose; consolidação e análise dos dados gerados pelos Sistemas de Informação (SIM, Sinan etc.); acompanhamento dos casos de tuberculose resistente e multidroga resistente; realização de ações de controle da dengue.

---

## **Resultados**

O desempenho da regionalização da VS na DRS-V do estado de São Paulo de acordo com a metodologia proposta foi considerado satisfatório (EM 7,82), com destaque para a dimensão Política, a qual obteve o EM satisfatório (8,16), seguida das dimensões Organização (EM 8,02), cujo desempenho também foi satisfatório, e Estrutura (EM 6,78), com desempenho intermediário (Tabela 2).

## **Dimensão Política**

---

A região de saúde atingiu posição satisfatória em relação à dimensão Política, reconhecendo a importância da CIR como espaço de discussão de temas da VS. No que se refere ao protagonismo da região, notou-se a importância dada aos órgãos da SES nível central e à instância regional da SES na tomada de decisão sobre VS (Tabela 3).

De acordo com os entrevistados, a principal instituição organizadora da VS na região é a Estrutura Regional da SES (77,5%), identificada como Departamento Regional de Saúde (DRS), e em seguida a SES nível central (32,5%). As demais instituições indicadas no questionário (Secretarias Municipais de Saúde, estabelecimentos prestadores de serviço de saúde e universidades) não foram citadas pelos entrevistados.

Em relação à importância dos órgãos, instituições/organizações e espaços para a tomada de decisões sobre VS na região estudada, foram avaliadas como relevantes: a Comissão Intergestores Regional (CIR) (EM 8,31) o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (EM 8,06), a estrutura regional da SES e a SES nível central, ambas com EM 7,48. As organizações da sociedade civil, bem como as instituições acadêmicas não atingiram o EM 7,0.

Quanto à frequência de discussões nas reuniões da CIR, 75,0% dos entrevistados apontaram que temas da VS são sempre debatidos. Porém, quando questionados a respeito das principais questões discutidas, os respondentes apontaram o financiamento das ações, especialmente no que diz respeito ao controle de arboviroses, como a principal temática abordada.

## **Dimensão Estrutura**

---

O desempenho da dimensão Estrutura foi prejudicado principalmente devido à classificação dos atributos 'suficiência financeira' e 'suficiência de recursos humanos'. Já os investimentos para VS, o percentual de execução dos recursos do PFVVPS e a participação relativa das esferas federal, estadual e municipal no custeio da VS na região apresentaram avaliação intermediária. Observou-se também a insuficiência de profissionais em quase todas as categorias estudadas (Tabela 3).

Para 62,5% dos respondentes, a capacidade instalada da VS na região de saúde estudada é adequada às necessidades da população. A frequência na mobilização de apoios necessários para execução das ações de VS obteve a melhor avaliação nos itens 'gestão dos sistemas de informação de VS', 'vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis' e 'Controle de riscos inerentes aos produtos e serviços de saúde' (EM 8,87; 8,65; 8,42, respectivamente).

A participação da esfera federal no custeio da VS na região obteve resultado satisfatório (EM 7,07), enquanto que as esferas municipal e estadual tiveram resultados intermediário e insatisfatório (EM 6,85 e 4,95, respectivamente). Para 50,0% dos entrevistados, a execução dos recursos do Piso Fixo e Variável da Vigilância e Promoção da Saúde (PFVVPS) ficou entre 75,0 e 100,0% nos últimos três anos. Quando questionados sobre o comportamento dos investimentos em VS na região, 50,0% dos respondentes referiram que aumentou.

No que diz respeito à suficiência de recursos humanos por categorias profissionais, apenas digitadores para os sistemas de informação da VS obteve EM satisfatório (7,75). As demais categorias pesquisadas apresentaram EM abaixo do ponto de corte considerado satisfatório. Apesar da carência no quantitativo de profissionais para VS na região, 100,0% dos entrevistados referiram que processos de formação continuada são disponibilizados para todos os profissionais.

Tabela 2

Índice de desempenho da regionalização da VS, segundo dimensões, atributos e índice global. DRS-V, São Paulo, 2015.

Dimensões/Atributos	Índice de desempenho	Classificação
<b>Política</b>	<b>8,16</b>	<b>Satisfatório</b>
Protagonismo da região	7,15	Satisfatório
Importância da instância regional	9,16	Satisfatório
<b>Estrutura</b>	<b>6,78</b>	<b>Intermediário</b>
Mobilização de apoios para as ações	7,84	Satisfatório
Suficiência financeira	6,10	Intermediário
Suficiência de recursos humanos	4,66	Insatisfatório
Suficiência de recursos físicos	8,52	Satisfatório
<b>Organização</b>	<b>8,02</b>	<b>Satisfatório</b>
Planejamento e gestão	8,78	Satisfatório
Integração	8,35	Satisfatório
Controle de determinantes, riscos e danos à saúde	6,92	Intermediário
<b>Desempenho da região</b>	<b>7,65</b>	<b>Satisfatório</b>

Tabela 3

Índice de desempenho da regionalização da VS segundo dimensão, atributo, indicador e variável. DRS-V, São Paulo, 2015.

Dimensão / Atributo / Indicador / Variável	Em	Classificação
<b>POLÍTICA</b>		
<b>Protagonismo da região de saúde</b>		
Importância dos órgãos, instituições/organizações e espaços para tomada de decisões sobre VS na região	7,15	Satisfatório
Secretaria Estadual de Saúde (nível central)	7,48	
Estrutura regional da Secretaria Estadual de Saúde	7,48	
Organizações da sociedade civil	6,06	
Instituições acadêmicas	5,50	
COSEMS*	8,06	
CIR*	8,31	
Desempenho do atributo	<b>7,15</b>	<b>Satisfatório</b>
<b>Importância da instância regional</b>		
Frequência nas reuniões da CIR de temas da VS	9,16	Satisfatório
<b>Desempenho do atributo</b>	<b>9,16</b>	<b>Satisfatório</b>

continua

Fonte: elaborado pelos autores

\*EM: Escore Médio; COSEMS: Conselho de secretários municipais de saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; PFVVPS: Piso Fixo Variável da Vigilância e Promoção da Saúde; HIV: vírus da imunodeficiência humana; EPI: equipamento de proteção individual; RSI: Regulamento Sanitário Internacional; APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; ACE: Agentes de Controle de Endemias; DNC: doenças de notificação compulsória; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Pacs: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Tabela 3

continuação

Índice de desempenho da regionalização da VS segundo dimensão, atributo, indicador e variável. DRS-V, São Paulo, 2015.

<b>Dimensão / Atributo / Indicador / Variável</b>	<b>Em</b>	<b>Classificação</b>
<b>RESULTADO DO ÍNDICE SINTÉTICO – POLÍTICA</b>	<b>8,15</b>	<b>Satisfatório</b>
<b>ESTRUTURA</b>		
<b>Mobilização de apoio para as ações</b>		
Frequência na mobilização de apoios necessários para:	7,84	Satisfatório
Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis	8,65	
Vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco	7,30	
Vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde	7,52	
Ações de vigilância de saúde do trabalhador	7,30	
Ações de promoção em saúde e hábitos de vida saudáveis	6,85	
Controle de riscos inerentes aos produtos e serviços de saúde	8,42	
Gestão dos sistemas de informação de VS	8,87	<b>Satisfatório</b>
<b>Desempenho do atributo</b>	<b>7,84</b>	
		Intermediário
<b>Suficiência financeira</b>	6,29	
Participação relativa das esferas federal, estadual e municipal no custeio da VS na região	7,07	
Federal	4,95	
Estadual	6,85	Intermediário
Municipal	6,50	
Percentual de execução dos recursos do PFVVPS* na região, nos últimos três anos	3,25	Intermediário
Entre 75% e 100%	3,25	
100%	5,50	<b>Intermediário</b>
Investimento para VS na região, nos últimos três anos		
Aumentou	<b>6,10</b>	
<b>Desempenho do atributo</b>		Insatisfatório
		<b>Insatisfatório</b>
<b>Suficiência de recursos humanos</b>	4,66	
Suficiência de recursos humanos para VS por categorias profissionais	3,25	
Médicos epidemiologistas	3,25	
Sanitaristas	3,25	
Inspetores sanitários	5,50	
Codificadores de causa básica	3,25	
Agentes de endemias para as ações de campo	7,75	
Digitadores para os sistemas de informação da VS	5,50	
Outros profissionais de nível superior	5,50	
Outros profissionais de nível médio	<b>4,66</b>	
<b>Desempenho do atributo</b>		

continua

Fonte: elaborado pelos autores

\*EM: Escore Médio; COSEMS: Conselho de secretários municipais de saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; PFVVPS: Piso Fixo Variável da Vigilância e Promoção da Saúde; HIV: vírus da imunodeficiência humana; EPI: equipamento de proteção individual; RSI: Regulamento Sanitário Internacional; APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; ACE: Agentes de Controle de Endemias; DNC: doenças de notificação compulsória; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Pacs: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Tabela 3

continuação

Índice de desempenho da regionalização da VS, segundo dimensões, atributos e índice global. DRS-V, São Paulo, 2015.

<b>Dimensão / Atributo / Indicador / Variável</b>	<b>Em</b>	<b>Classificação</b>
<b>Suficiência de recursos físicos</b>		Satisfatório
Suficiência da estrutura da VS em relação aos itens:		
Estrutura física (salas, mesas, cadeiras, etc)	8,95	
Veículos exclusivos	9,10	
Computadores conectados à internet, impressoras e telefones	5,50	
Material gráfico para divulgação das ações, programas e campanhas	9,10	
Impressos e normas (formulários, fichas de notificação e investigação, guias de vigilância)	10,00	
Material de expediente (papel, caneta, perfurador, grampeador, tesoura, cola, calculadora, etc)	10,00	Satisfatório
Frequência de procedimentos relativos à vigilância da tuberculose	8,65	
Teste rápido para detecção de HIV* em todos os casos diagnosticados de tuberculose	8,87	
Quimioprofilaxia nos comunicantes, quando necessário	7,75	
Exames de baciloscopia em todos os casos suspeitos	8,87	Satisfatório
Antirretrovirais em casos de coinfeção tuberculose/HIV	8,87	
Esquema básico para todos os casos confirmados de tuberculose	8,87	
Frequência de procedimentos relativos à vigilância e controle dos casos de dengue	7,97	
Disponibilidade de exames de diagnóstico laboratorial (sorologia) no nível regional	8,87	
Insumos de controle vetorial (controle mecânico, químico e biológico do mosquito)	7,52	
Disponibilidade de medicamentos básicos para dengue (sais de reidratação oral, dipirona)	7,75	
Disponibilidade de impressos (protocolos de classificação de risco para dengue)	8,20	Satisfatório
Aquisição de EPI* recomendados para aplicação de inseticidas e larvicidas nas ações de rotina	7,52	Intermediário
	<b>8,52</b>	
<b>Desempenho do atributo</b>	<b>6,78</b>	
<b>RESULTADO DO ÍNDICE SINTÉTICO – ESTRUTURA ORGANIZAÇÃO</b>		
<b>Planejamento e gestão</b>	8,43	
Utilização de critérios para o planejamento da VS na região	10,00	
Critérios epidemiológicos	10,00	
Caracterização da população (perfil socioeconômico e demográfico)	7,75	
Caracterização das condições ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos)		

continua

Fonte: elaborado pelos autores

\*EM: Escore Médio; COSEMS: Conselho de secretários municipais de saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; PFVVPs: Piso Fixo Variável da Vigilância e Promoção da Saúde; HIV: vírus da imunodeficiência humana; EPI: equipamento de proteção individual; RSI: Regulamento Sanitário Internacional; APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; ACE: Agentes de Controle de Endemias; DNC: doenças de notificação compulsória; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Pacs: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.



Tabela 3

continuação

Índice de desempenho da regionalização da VS, segundo dimensões, atributos e índice global. DRS-V, São Paulo, 2015.

Dimensão / Atributo / Indicador / Variável	Em	Classificação
Dimensão e distribuição da rede de serviços de assistência à saúde	10,00	
Resultados da avaliação das capacidades de respostas do RSI*	4,38	
Existência de definição clara das atribuições/funções dos gestores da VS na região	8,50	
Federal	8,87	
Estadual	7,75	
Municipal	8,87	
Garantia da gestão da VS na região para:	8,66	Satisfatório
Fortalecimento da capacidade institucional (gestão de pessoas, monitoramento e avaliação)	7,75	
Articulação intra e intersetorial (entre os componentes da VS, atenção à saúde e outros setores)	8,90	
Produção de informação e comunicação (estudos epidemiológicos, coleta, processamento, análise)	8,90	Satisfatório
Análise da situação de saúde (doenças transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis)	10,00	
Aprimoramento da gestão financeira (alocação e execução)	7,75	Satisfatório
Contribuição da gestão da VS na região	9,44	
Aprimoramento institucional	8,87	
Fortalecimento da gestão regional	10,00	
Fortalecimento das ações intersetoriais	8,87	Satisfatório
Prevenção e controle de doenças e agravos	10,00	
Promoção da saúde	8,87	
Integração dos serviços de VS com outros setores na região	8,88	
Existência de práticas e processos de trabalho voltados para VS	8,88	
Vigilância da situação de saúde da população (produção de análises que subsidiem o planejamento)	8,88	Satisfatório
Deteção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências em saúde pública	8,88	
Vigilância prevenção e controle das doenças transmissíveis	7,75	
Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências	8,88	
Vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde	10,00	
Vigilância da saúde do trabalhador	8,88	
Vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias	8,78	
<b>Desempenho do atributo</b>		<b>Satisfatório</b>

continua

Fonte: elaborado pelos autores

\*EM: Escore Médio; COSEMS: Conselho de secretários municipais de saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; PFVPS: Piso Fixo Variável da Vigilância e Promoção da Saúde; HIV: vírus da imunodeficiência humana; EPI: equipamento de proteção individual; RSI: Regulamento Sanitário Internacional; APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; ACE: Agentes de Controle de Endemias; DNC: doenças de notificação compulsória; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Pacs: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Tabela 3

continuação

Índice de desempenho da regionalização da VS, segundo dimensões, atributos e índice global. DRS-V, São Paulo, 2015.

Dimensão / Atributo / Indicador / Variável	Em	Classificação
<b>Integração</b>		Satisfatório
Existência de integração intrasetorial da VS		Satisfatório
Existência de integração entre a VS e os demais serviços de saúde	7,75	Satisfatório
Importância de itens para a promoção da integração entre a VS e APS*	10,00 7,31	
Organização conjunta do processo de trabalho	8,26	
Mecanismos de planejamento e programação conjuntos	7,93	
Práticas conjuntas de educação permanente em saúde	8,08	
Mapeamento e avaliação conjuntos	8,08	
Participação em comitês conjuntos (ex: investigação de óbitos)	7,41	
Discussão conjunta de casos clínicos e eventos sentinelas	6,89	
Realização de visitas domiciliares e/ou atendimentos compartilhados	6,89	
Realização de ações coletivas intra e intersetoriais no território	7,57	
Ações conjuntas entre os ACS* e os ACE*	7,57	
Vigilância de eventos adversos e farmacovigilância	6,89	<b>Satisfatório</b>
Vigilância alimentar e nutricional	6,44	
Ações conjuntas de promoção de atividades físicas	5,68	Insatisfatório
<b>Desempenho do atributo</b>	<b>8,35</b>	
<b>Controle de determinantes, riscos e danos à saúde</b>		Satisfatório
Frequência no envio de amostra laboratorial de exames de interesse para a Vigilância em Saúde para análise outra região	2,69	Intermediário
Frequência de encerramento por critério laboratorial dos casos de DNC*	7,19	
Frequência na realização de ações referentes aos casos de tuberculose	6,55	
Busca ativa de sintomáticos respiratórios no território	5,73	
Identificação de sinais e sintomas de tuberculose pelas equipes de saúde e vigilância	6,63	
Notificação dos casos diagnosticados	7,75	
Tratamento dos casos de tuberculose de acordo com o protocolo de TDO*	7,30 7,53	
Aconselhamento pré e pós-teste	7,53	
Busca ativa de faltosos ao tratamento	6,40	
Encerramento dos casos no livro de registro de pacientes	6,40	
Acompanhamento do tratamento nos casos de tuberculose com registro no boletim de acompanhamento		

continua

Fonte: elaborado pelos autores

\*EM: Escore Médio; COSEMS: Conselho de secretários municipais de saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; PFVVP: Piso Fixo Variável da Vigilância e Promoção da Saúde; HIV: vírus da imunodeficiência humana; EPI: equipamento de proteção individual; RSI: Regulamento Sanitário Internacional; APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; ACE: Agentes de Controle de Endemias; DNC: doenças de notificação compulsória; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Pacs: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Tabela 3

conclusão

Índice de desempenho da regionalização da VS, segundo dimensões, atributos e índice global. DRS-V, São Paulo, 2015.

Dimensão / Atributo / Indicador / Variável	Em	Classificação
Monitoramento de encerramento dos casos tratados com envio da informação regular e oportuna para a VS	6,40	
Realização de atividade de educação em saúde sobre tuberculose	6,40	
Divulgação de informações sobre a situação epidemiológica da tuberculose	5,50	
Estímulo à organização e à participação da sociedade civil no controle da tuberculose	5,05	
Frequência com que os dados relacionados à tuberculose gerados pelos Sistemas de Informação (SIM*, Sinan* etc.) são consolidados e analisados	8,87	
Existência de acompanhamento dos casos de tuberculose resistente e tuberculose multidroga resistente na região	7,75	
Realização de ações de controle da dengue na região	8,45	Satisfatório
Notificação dos casos de dengue pelas Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família	8,88	
Investigação dos casos de dengue pelas Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família	6,63	Satisfatório
Acompanhamento das informações do Sinan com análise de consistência, completude e fluxo de dados	8,88	Satisfatório
Elaboração de mapas para monitoramento das situações epidemiológicas e entomológicas	7,75	
Unificação da base geográfica de trabalho entre as vigilâncias epidemiológica, entomológica, operações de campo e Pacs*/PSF* (nas áreas cobertas pelos programas)	8,88	
Divulgação para os profissionais de saúde do protocolo de assistência aos pacientes com dengue	8,88	
Capacitação de profissionais de saúde dos diferentes níveis de complexidade (equipes de PSF, UBS*, pronto atendimento) com enfoques específicos às suas esferas de atuação	8,88	
Realização de atividades de campo integradas com as equipes de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância laboratorial e controle de vetores/endemias	6,92 8,02	
<b>Desempenho do atributo</b>		<b>Intermediário</b>
<b>RESULTADO DO ÍNDICE SINTÉTICO - ORGANIZAÇÃO</b>		<b>Satisfatório</b>

Fonte: elaborado pelos autores

\*EM: Escore Médio; COSEMS: Conselho de secretários municipais de saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; PFVPS: Piso Fixo Variável da Vigilância e Promoção da Saúde; HIV: vírus da imunodeficiência humana; EPI: equipamento de proteção individual; RSI: Regulamento Sanitário Internacional; APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; ACE: Agentes de Controle de Endemias; DNC: doenças de notificação compulsória; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Pacs: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

No que tange à suficiência de recursos físicos, a existência de ‘veículos exclusivos’ (EM 5,5) obteve a pior pontuação, sendo classificado como intermediário. A frequência com que as ações/procedimentos relativos à vigilância da tuberculose e à vigilância e controle dos casos de dengue, apontadas no questionário, são executadas, alcançaram o EM relativo à avaliação satisfatória.

### **Dimensão Organização**

---

No que diz respeito ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde, a região também alcançou posição satisfatória, principalmente devido à realização de ações para o controle da dengue, à frequência com que os dados relacionados à tuberculose gerados pelos Sistemas de Informação (SIM, Sinan etc.) são consolidados e analisados e à frequência com que os casos de doenças de notificação compulsória são encerrados por critério laboratorial (Tabela 3).

O planejamento das ações e serviços de VS na região foi realizado considerando os critérios epidemiológicos (EM 10,0), os perfis socioeconômico e demográfico (EM 10,0), a dimensão e a distribuição da rede de serviços de assistência à saúde (EM 10,0) e a caracterização das condições ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos etc) (EM 7,75). Com relação à definição das atribuições/funções dos gestores da VS, todas as esferas (federal, municipal e estadual) apresentaram avaliação satisfatória (EM 8,87, 8,87 e 7,75, respectivamente).

Na região, foram definidas práticas e processos de trabalho voltados para: vigilância da saúde do trabalhador (EM 10,0); vigilância da situação de saúde da população; detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para resposta às emergências em saúde pública; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias (EM 8,87) e vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências (EM 7,75).

No que se refere à integração sistêmica da VS na região, para 77,5% dos entrevistados existe integração intrasetorial da VS; e para 100,0% deles, existe integração entre a VS e os demais serviços de saúde.

Quando questionados sobre qual o papel da VS na Rede de Atenção à Saúde (RAS) na região, os entrevistados apontaram que a VS tem um papel primordial, pois é ela que acompanha a situação de saúde da população e, assim, subsidia as estratégias para solução dos problemas de saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população e para promoção da saúde. Outro respondente caracterizou a VS como o órgão articulador da RAS, e o mesmo referiu a importância de os gestores da VS participarem dos grupos condutores da RAS. Um terceiro entrevistado destacou que a VS tem papel fundamental na RAS, mas que a Vigilância Sanitária não se enquadra nesse papel, pois os inspetores sanitários não se envolvem nas discussões sobre a RAS na região.

Com relação ao papel da VS na Atenção Primária à Saúde (APS), os entrevistados referiram que a VS depende diretamente da APS, pois é ela que executa as ações de vigilância no território por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Um respondente destacou que a VS e a APS são parceiras, e que a VS realiza treinamentos para as equipes da ESF e é responsável pela logística de ações e campanhas (vacina, panfletos, preservativos, dentre outros insumos).

Para promoção da integração entre a VS e a APS na região, os principais itens apontados foram: organização conjunta do processo de trabalho (EM 8,26); práticas conjuntas de educação permanente em saúde e mapeamento e avaliação conjuntos (EM 8,08); mecanismos de planejamento e programação conjuntos (EM 7,93); realização de ações coletivas intra e intersectoriais no território e ações conjuntas entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE) (EM 7,57); e participação em comitês conjuntos, como por exemplo, comitê de investigação de óbitos (EM 7,41). Os demais itens do questionário tiveram pontuação abaixo do ponto de corte considerado.

Quando questionados sobre os principais fatores que interferem direta ou indiretamente no registro de óbitos com a causa mal definida na região, todos os entrevistados indicaram o profissional médico como o principal responsável por essa situação. Os mesmos apontaram a falta de conhecimento e/ou de comprometimento desses profissionais no que diz respeito ao preenchimento adequado da Declaração de Óbito (DO). Porém, três respondentes referiram que esse indicador avançou bastante na região após a implantação do serviço de verificação de óbito (SVO).

De acordo com 75,0% dos respondentes, sempre ou quase sempre é necessário enviar amostra laboratorial de exames de interesse para a VS para análise outra região. No entanto, para

75,0% deles, sempre ou quase sempre os casos de doenças de notificação compulsória são encerrados por critério laboratorial.

No que se refere aos casos de tuberculose, a frequência com que as ações a seguir são realizadas alcançaram a melhor avaliação: notificação dos casos diagnosticados (EM 7,75); aconselhamento pré e pós-teste e busca ativa de faltosos ao tratamento (EM 7,52); tratamento dos casos de tuberculose de acordo com o protocolo de Tratamento Diretamente Observado (TDO) (EM 7,3). Os demais itens do questionário ficaram abaixo no ponto de corte considerado, demonstrando uma menor frequência de realização.

Para 88,7% dos entrevistados os dados gerados pelos Sistemas de Informação (Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Sinan etc.) sempre são consolidados e analisados. E ainda, de acordo com 77,5% deles, os casos de tuberculose resistente e multidroga resistente são acompanhados regularmente. Entretanto, quando questionados sobre as principais dificuldades para que esse acompanhamento ocorra, os respondentes apontaram o fato das referências secundária e terciária para o tratamento de tuberculose estarem localizadas em outra região de saúde e a existência de população flutuante na região.

Com relação à execução de ações para o controle da dengue, todas as opções apontadas no questionário alcançaram EM satisfatório.

### **Discussão**

No Brasil, em que pese o grande número de iniciativas voltadas para a consolidação do SUS e a existência de vários projetos dirigidos para a avaliação das inovações que vêm sendo implementadas, não existe nenhuma iniciativa no sentido de avaliar o desempenho da regionalização do SNVS, uma vez que grande parte das avaliações no âmbito da VS está voltada para o seu processo de descentralização, com foco na municipalização. De acordo com Aristovnik,<sup>18</sup> a literatura sobre avaliação de sistemas de saúde no âmbito regional é escassa e, para o autor, mensurar a eficiência desses sistemas regionais torna-se complexo devido às suas características particulares, especialmente devido aos recursos socioeconômicos disponíveis.

Assim, o presente estudo propôs uma avaliação de desempenho da regionalização da VS tomando como base três dimensões do sistema de saúde Política, Estrutura e Organização – entendendo-se que essas dimensões são caracterizadas pelos condicionantes da dinâmica regional da saúde. A metodologia proposta mostrou-se apropriada para avaliar o desempenho

da regionalização da VS, especialmente porque permitiu identificar potencialidades e fragilidades que podem influenciar diretamente na coleta, consolidação, análise e disseminação das informações em saúde, bem como no planejamento e na implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, e a promoção da saúde.<sup>19</sup>

A avaliação de desempenho realizada neste artigo evidenciou que o processo de regionalização da VS na região estudada obteve resultado satisfatório, apontando, entretanto, para diferenças importantes entre as dimensões relacionadas na pesquisa. Sugere-se que essas diferenças decorram do fato de cada dimensão (Política, Estrutura e Organização) ser influenciada por processos distintos.

No que diz respeito à Política, nota-se a grande influência da CIR no desempenho geral da dimensão, uma vez que a mesma foi apontada pela maioria dos entrevistados como um espaço permanente de discussão de temas inerentes à VS. A regulamentação da CIR se deu por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual estabeleceu o seu funcionamento nas regiões de saúde,<sup>20</sup> instituindo-a como espaço de pactuação e cooperação solidária entre os participantes para que dessa maneira a região de saúde seja fortalecida.<sup>21</sup>

Ressalta-se também o desempenho relevante do COSEMS e dos níveis central e regional da Secretaria Estadual de Saúde como espaços para tomada de decisão sobre VS. Com relação aos últimos, cabe aqui destacar que a partir da publicação do Pacto pela Saúde, o território regional é pensado na lógica de sistema,<sup>22</sup> o que passou a exigir uma nova dinâmica de relações intergovernamentais para o avanço da descentralização, com a superação da fragmentação decisória e a integração dos sistemas municipais de saúde sob a coordenação da gestão estadual.<sup>23</sup>

No que tange à Estrutura, diversos estudos apontam que, historicamente, a VS no Brasil tem sido constituída em meio a um quadro de precariedade de recursos humanos e de estrutura física.<sup>24,25</sup> Sabe-se que apesar da obrigatoriedade da estrutura mínima definida pelos protocolos de certificação para as ações de epidemiologia e controle de doenças no ano de 1999,<sup>26</sup> na prática esse processo ocorreu de forma assimétrica no território nacional, fato que prevaleceu após a descentralização.<sup>25</sup> A exceção nesse contexto estrutural se deve à evolução no financiamento das ações de VS, com a criação de mecanismos mais estáveis e aumento dos recursos disponíveis após o advento da descentralização.<sup>11</sup>

Com relação à dimensão Organização, foi possível perceber a importância do planejamento, da gestão e da integração intra e intersetorial para VS da região. Em sentido contrário à Estrutura, ao longo dos últimos anos a Organização do SUS vem sendo consolidada por meio de diretrizes e parâmetros estabelecidos em documentos, a exemplo de leis, portarias, políticas ou planos, no intuito de nortear e qualificar o planejamento e a gestão democrática do sistema de saúde. Na VS essa realidade não foi diferente. Desde o início do seu processo de descentralização até os dias atuais, a VS vem desenvolvendo mecanismos para a sua organização, cabendo ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, a gestão das ações e a coordenação do SNVS.<sup>19,26</sup>

No que diz respeito à gestão da VS na região de saúde, destacou-se o fortalecimento da gestão regional, a prevenção e controle de doenças e agravos e a promoção da saúde, o aprimoramento institucional, o fortalecimento das ações intersetoriais e a integração dos serviços de VS com outros setores. Vale ressaltar também a análise da situação de saúde; a produção de informação e comunicação; o aprimoramento da gestão financeira (alocação e execução dos recursos) e o fortalecimento da capacidade institucional (gestão de pessoas, monitoramento e avaliação).

Ainda com relação à Organização, o Decreto nº 7508/2011 estabelece que o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Essas ações e serviços devem ser oferecidos no âmbito da região de saúde, a qual deverá conter, no mínimo, atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e VS.<sup>20</sup>

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, estabelece alguns serviços que devem ser disponibilizados em escala regional, tais como laboratórios de saúde pública, centros de controle de zoonoses, câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos, centros de referência para imunobiológicos especiais, centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos, centros de armazenamento de inseticidas, SVO, serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade para doenças e agravos de interesse à VS, dentre outros.<sup>27</sup> Alguns desses serviços também foram citados na fala dos entrevistados, ora ressaltando o impacto positivo da sua atuação (diminuição no número de óbitos com causa mal definida após implantação do SVO), ora destacando uma carência e, conseqüentemente, seu impacto negativo (dificuldade



no acompanhamento dos casos de tuberculose droga resistente devido à ausência de serviços de referências secundária e terciária para o tratamento de tuberculose na região de saúde).

Apesar de a regionalização ser um processo em curso no SUS, é importante destacar que a discussão em torno dela ainda gera tensões, inclusive em outros países. Exemplo disso é a recente experiência canadense de reversão de processos regionais da saúde.<sup>28</sup> Dois motivos principais podem ser apontados para isso: o primeiro diz respeito à forte suspeita de que a regionalização falhou em alcançar seus principais objetivos, como por exemplo, o aumento do acesso. O segundo motivo é o déficit de quase todas as Autoridades Regionais de Saúde (ARS), o equivalente às regiões de saúde no Brasil, pois elas têm demandado cada vez mais recursos sem, em contrapartida, apresentar uma notória melhoria no desempenho.

### **Considerações finais**

Espera-se que os gestores estaduais assumam o protagonismo na indução da regionalização como projeto de governo, não se limitando apenas a uma divisão espacial do território estadual. Entende-se, portanto, que a capacidade de articulação do gestor estadual em promover o envolvimento dos atores e em provocar o sentimento de pertencimento regional é uma tarefa complexa, mas sem dúvida um fator crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa.<sup>14</sup>

Entretanto, para que a regionalização cumpra seu papel de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, torna-se imperativo existir entre os entes federados o princípio da solidariedade para além do compromisso dos gestores e do atendimento aos preceitos legais e normativos. Isso decorre do fato de que o âmbito regional não é um novo ente político com orçamento próprio, mas sim dependente da capacidade, autonomia e solidariedade das três esferas de governo para elaborar uma visão estratégica sobre os usos do território, suas redes e especificidades regionais.<sup>29</sup>

Diante do exposto, é possível perceber a existência de dificuldades operacionais na consolidação de um sistema de saúde regionalizado no Brasil, especialmente no que diz respeito à VS. Estabelecer linhas divisórias bem definidas entre as ações de VS de dimensão estritamente local e aquelas que necessitam de articulação regional é, talvez, o desafio mais importante. Principalmente devido à ausência de instruções normativas que regulem o processo de compartilhamento de atribuições e o consequente repasse dos recursos humanos e

materiais na região de saúde, bem como à inexistência de uma fonte de financiamento regional, específica para potencializar as ações compartilhadas.

No Brasil, é evidente o papel central do Ministério da Saúde na regulamentação do processo de regionalização. No entanto, faz-se necessário o estabelecimento de um projeto político que assuma efetivamente a regionalização do SUS como uma estratégia para a reorganização da atenção à saúde. Alguns desafios foram apontados neste estudo, mas, além deles, sabe-se que o processo de regionalização vem se associando, em cada estado, à dinâmica socioeconômica, às políticas de saúde anteriores, ao grau de articulação existente entre os diferentes atores e sua capacidade de gerar consensos sobre a divisão de responsabilidades gestoras e desenhos regionais adotados.<sup>30</sup> Assim torna-se importante avaliar o desempenho da regionalização em diferentes contextos, para que seja possível entender a dinâmica da regionalização da VS no Brasil.

## Referências

1. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, Suárez JM, editor. Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 4ª reimpressão, 2015. p. 504.
2. Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspect. 2003; 17 (1): 58-68.
3. Vargas I, Mogollón PAS, Unger JP, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. [internet]. Health Policy Plann; 2014; 30 (6): 705-17.
4. Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7 (3): 431-42.
5. Fracolli LA, Faria LS, Pereira JG, Melchior R, Bertolozzi MR. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? Saúde Soc. 2008; 17 (2): 184-92.
6. Faria LS, Bertolozzi MR. Aproximações teóricas acerca da vigilância à saúde: um horizonte para a integralidade. Acta Paul Enferm. 2009; 22 (9): 422-7.
7. Costa JMBS, Cesse EAP, Samico IC, Carvalho, EMF. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco Abstract. Physis. 2015; 25 (4): 1141-63.
8. Larhey R, Nielsen SB. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation and results based management: observations from Canada. New Directions for Evaluation. 2013; 137: 45-56.
9. Marchal B, Hoérée T, Silveira VC, Belle SV, Prashanth N, Kegels G. Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. BMC Public Health. 2014; 14: 378-91.
10. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9 (3): 711-24.
11. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
12. Teixeira GM, Costa MCN, Souza LP, Nascimento EMR, Barreto ML, Barbosa N, Carmo EH. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations. Rev Panam Salud Pública. 2012; 32 (1): 49-55.
13. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde Soc. 2015; 24 (2): 413-22.
14. Reis YAC, Cesse EAP, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010; 10 (supl. 1): 157-72.

15. Likert R. Una Técnica para la Medicion de Atitudes. In: Weinerman CH. Escalas de Medicion en Ciências Sociales. Buenos Aires: Nueva Vision; 1976. p.201-60.
16. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *New Engl J Med.* 1973; 288 (4): 18994.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Aristivini A. Regional Performance Measurement of Healthcare Systems in the EUA Nonparametric Approach. *Lex localis - J Local Self-Government.* 2015; 13 (3): 57993.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 2013; 10 jul.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
21. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48 (4): 622-31.
22. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo Perspect.* 2008; 22 (1): 92-106.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 22 fev.
24. Simoes EJ, Ramos LR, McDuffey KY, Luo YH. Evaluation of Epidemiological Surveillance Capacity and Needs in Five Brazilian States: A Report to the World Bank - Brazil. Centers for Disease Control and Prevention, Division of Adult and Community Health; 2004. p. 120.
25. Albuquerque AC, Mota ELA, Felisberto E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2015; 31 (4): 861-73.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 15 dez.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da Vigilância em Saúde. Brasília, DF; 2009. p. 80.
28. Marchildon GP. The crisis of regionalization. *Health Manage Forum.* 2015; 28 (6): 236-8.
29. Albuquerque MV, Viana ALD. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate.* 2015; 39: 28-38.

30. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes

## **9 ARTIGO 2 – AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM SEIS REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS**

Neste artigo, foi realizada uma avaliação de desempenho da regionalização da VS em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento, a partir de abordagem quantitativa transversal, utilizando-se a metodologia proposta no artigo 1. A análise do desempenho da regionalização da VS apresentada retrata a complexidade de diferentes regiões brasileiras, o que contribui para o entendimento da dinâmica da regionalização da VS no país, explicitando a necessidade de estudos adicionais que investiguem os elementos contextuais que influenciam esse desempenho.

## **AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM SEIS REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS**

### **Autores:**

Ana Coelho de Albuquerque (Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz))

Eduarda Ângela Pessoa Cesse (Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz))

Eronildo Felisberto (Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (GEAS/IMIP))

Isabella Chagas Samico (Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (GEAS/IMIP))

Paulo Germano de Frias (Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (GEAS/IMIP))

**Artigo publicado na Revista Cadernos de Saúde Pública.**

## Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras

Evaluation of the performance of regionalization of health surveillance in six Brazilian Health Regions

Evaluación de desempeño de la regionalización de la vigilancia en salud en seis Regiones de Salud brasileñas

Ana Coelho de Albuquerque <sup>1,2</sup>  
Eduarda Angela Pessoa Cesse <sup>1</sup>  
Eronildo Feluberto <sup>2</sup>  
Isabella Chagas Samico <sup>2</sup>  
Paulo Germano de Frias <sup>2</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00065218

### Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil. Adotou-se uma abordagem quantitativa transversal e os dados foram coletados utilizando-se um questionário estruturado, elaborado com base nas três dimensões da pesquisa (Política, Estrutura e Organização), aplicado a 31 atores-chave da vigilância em saúde das Regiões de Saúde e dos municípios selecionados. Utilizou-se, como tendência central, o escore médio, e para cada dimensão e atributo foram construídos índices sintéticos. Atribuíram-se três pontos de corte para avaliação do desempenho: valores iguais ou abaixo de 4,99 foram considerados insatisfatórios; entre 5,00 e 6,99, intermediários; e iguais ou acima de 7,00, satisfatórios. O estudo evidenciou que o desempenho da regionalização da vigilância em saúde foi considerado satisfatório apenas em uma região, intermediário em quatro e insatisfatório também em uma. Entre as três dimensões, os melhores desempenhos foram da Política e da Organização, e o mais frágil, da Estrutura. Conclui-se que, em geral, quanto maior o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços, melhor o desempenho da regionalização da vigilância em saúde. A avaliação apresentada retrata a complexidade de contextos de diferentes regiões brasileiras, o que contribui para o entendimento da dinâmica da regionalização da vigilância em saúde no país.

Regionalização; Vigilância em Saúde Pública; Avaliação em Saúde

### Correspondência

A. C. Albuquerque  
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,  
Av. Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife, PE  
50740-465, Brazil.  
ana\_coelho@fiocruz.br

<sup>1</sup> Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brazil.

<sup>2</sup> Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Brazil.



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



## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde (VS) em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil. Adotou-se uma abordagem quantitativa transversal e os dados foram coletados utilizando-se um questionário estruturado, elaborado a partir das três dimensões da pesquisa (Política, Estrutura e Organização), aplicado a 31 atores-chave da VS das regiões de saúde e dos municípios selecionados. Utilizou-se, como tendência central, o escore médio (EM), e para cada dimensão e atributo foram construídos índices sintéticos. Atribuíram-se três pontos de corte para avaliação do desempenho: valores iguais ou abaixo de 4,99 foram considerados insatisfatórios; entre 5,00 e 6,99, intermediários; e iguais ou acima de 7,00, satisfatórios. O estudo evidenciou que o desempenho da regionalização da VS foi considerado satisfatório apenas em uma região, intermediário em quatro e insatisfatório também em uma. Entre as três dimensões, os melhores desempenhos foram da Política e da Organização; e o mais frágil, da Estrutura. Conclui-se que, em geral, quanto maior o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços, melhor o desempenho da regionalização da VS. A avaliação apresentada retrata a complexidade de contextos de diferentes regiões brasileiras, o que contribui para o entendimento da dinâmica da regionalização da VS no país.

**Palavras-chave:** vigilância em saúde pública, regionalização, avaliação em saúde, avaliação de desempenho

## INTRODUÇÃO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se em um modelo pautado na integração interfederativa, na regionalização e na hierarquização dos serviços, o qual está disposto na Constituição brasileira<sup>1</sup>. Embora se reconheça que a Carta Magna contribuiu para avanços na ampliação do acesso a serviços públicos, para a reestruturação do modelo de atenção e para a melhoria de indicadores de saúde, a implementação do SUS explicitou contradições entre agendas: de um lado, a universalização da saúde, de outro, a reforma do Estado de inspiração liberal nos anos subsequentes<sup>2</sup>.

A partir da década de 1990, a descentralização político-administrativa do SUS centrada na municipalização<sup>3</sup>, ao ampliar as atribuições municipais na provisão de serviços e ao desconsiderar o papel dos estados, favoreceu a inflexão do processo de regionalização<sup>4</sup>. Por outro lado, a fragilidade no planejamento da descentralização comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras ao desconsiderar as condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde dos municípios, visando à redução das desigualdades. Apenas nos anos 2000 a regionalização ganhou relevo, e a definição de região de saúde apareceu pela primeira vez na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, cujo principal objetivo era a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde<sup>4</sup>, relevante ante as desigualdades que demarcam o território brasileiro<sup>5</sup>.

Diante do complexo cenário demográfico e epidemiológico nacional, caracterizado pelo rápido envelhecimento populacional associado a elevadas taxas de morbimortalidade por doenças crônicas e causas externas, sobrepostas às infecciosas e parasitárias, com níveis diferenciados de transição entre grupos sociais<sup>6,7</sup>, impuseram-se transformações nas respostas sanitárias, inclusive na forma como o sistema de saúde se organiza para ofertar serviços de assistência e vigilância<sup>7,8</sup>. A ampliação do escopo de atuação da Vigilância em Saúde (VS) em decorrência desses desafios, além da mobilidade das pessoas em busca de assistência e de melhores condições de vida, influenciou sua estrutura organizacional e gerou necessidades de respostas por vezes não viáveis aos municípios.

A legislação brasileira vigente compreende a VS como um processo sistemático que envolve desde a coleta e análise até a disseminação de dados sobre eventos relacionados com a saúde, articulando saberes e práticas relativas às vigilâncias: epidemiológica, ambiental, do trabalhador e sanitária, com vistas à implementação de políticas públicas de promoção da saúde, proteção, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças<sup>9</sup>. Esse conceito foi sendo

re-significado e o lançamento, em 2018, da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) reflete o esforço e os debates, nem sempre consensuais, quanto à necessidade de reorganização da VS na perspectiva de um sistema de saúde universal, integral e equânime<sup>10,11</sup>.

Dentre as estratégias para organização da VS, destacam-se: a articulação entre as vigilâncias, a integração com a rede de atenção à saúde, os sistemas de informação integrados, a gestão do trabalho, a educação permanente, os estudos e pesquisas, a comunicação e o controle social, associado à regionalização das ações e serviços de VS<sup>10</sup>. No entanto, apesar da publicação da PNVS, os atos normativos do Ministério da Saúde sobre a VS não preveem a reorganização de serviços e ações na perspectiva regionalizada, embora depreenda-se o seu papel na consolidação da regionalização<sup>9,12-14</sup>. Ressalta-se que compete ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária a execução dessas ações e serviços relacionados com a Política<sup>10</sup>.

Inúmeros são os estudos sobre avaliação da VS<sup>15-20</sup>, entretanto ainda são escassos os que abordam o tema sobre a estruturação da regionalização e o seu desempenho. Não há consenso quanto à melhor abordagem para aferir o desempenho de sistemas de saúde, em parte pelo seu caráter contingente, variável conforme valores, princípios e concepções sobre saúde, aliado à pluralidade conceitual e metodológica dos modelos avaliativos<sup>21-23</sup>. Apesar disso, a avaliação de desempenho é apontada como propulsora de mudanças e promotora de maior responsabilização, transparência e qualidade<sup>24,25</sup>.

No Brasil, as avaliações de desempenho da VS utilizaram diferentes abordagens metodológicas: da análise da conformidade<sup>16</sup> a modelos multidimensionais<sup>20</sup>, com o uso de dados primários<sup>16</sup>, secundários<sup>15</sup> ou ambos<sup>20</sup>, e diferentes recortes geográficos. Entretanto nenhum deles adotou a perspectiva regional. A diversidade de estratégias e modelos adotados sinalizam a busca de abordagens adequadas para avaliação do desempenho da VS considerando seu estágio de desenvolvimento e as necessidades prementes<sup>20</sup>.

Diante dos desafios que a VS enfrenta ao considerar as complexas interrelações do processo saúde-doença<sup>26</sup> e a necessidade de um sistema mais efetivo, em particular nas regiões de saúde pelo insuficiente acúmulo gerencial para esse nível organizacional<sup>27</sup>, este artigo tem por objetivo avaliar o desempenho da regionalização da VS em regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil.

## MÉTODO

Estudo integrante da pesquisa “*Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil – Região e Redes*”<sup>28</sup>, em que se realizou uma avaliação de desempenho da regionalização da VS em seis regiões, a partir de abordagem quantitativa transversal.

A seleção das unidades de análise partiu das 436 regiões de saúde brasileiras, fundamentada em tipologia previamente desenvolvida<sup>29</sup>, que adotou a análise de *cluster* para desenvolvimento socioeconômico e a oferta e complexidade dos serviços de saúde no contexto regional como condições estruturais de regionalização. Identificaram-se cinco grupos: (1) baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; (2) médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta; (3) médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; (4) alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e (5) alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços.

De cada grupo, foi selecionada uma região e agregada uma interestadual por suas características particulares, de unidade federada diferente, totalizando seis regiões; e em cada uma delas foram selecionados 3 a 4 municípios em uma amostra não probabilística, incluindo o município-sede e os demais escolhidos por conveniência, perfazendo um total de 21, descritos na Tabela 1. Os dados da Região de Saúde (RS) I referentes a V Diretoria Regional de Saúde do estado de São Paulo não separaram Barretos Norte e Sul, devido ao número de respondentes, enquanto na região interestadual, Rede PEBA – Macrorregião Interestadual do Vale Médio do São Francisco, os dados foram apresentados separadamente para a RSV (VIII Região de Saúde de Pernambuco) e RSVI (Núcleo Regional de Saúde Norte, Bahia), pois o arranjo organizacional da VS nessa região difere da assistência.

### **Tabela 1 – Regiões de saúde pesquisadas segundo tipologia\* e municípios selecionados para o estudo. Brasil, 2017**

Para a análise do desempenho da regionalização, foram consideradas as dimensões: Política, Estrutura e Organização, categorizadas em atributos, conforme descrito na Tabela 2:

### **Tabela 2 – Dimensões e Atributos para avaliação do desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde. Brasil, 2017**

A partir dos atributos de cada dimensão, pesquisadores de 18 instituições de todas as macrorregiões brasileiras elaboraram um questionário estruturado para apreender o desempenho da regionalização da VS<sup>30</sup>, posteriormente validado por especialistas, sendo 15

da VS e 5 da avaliação em saúde, conforme técnica previamente descrita<sup>30</sup>. As questões contidas no instrumento foram expressas majoritariamente na escala de *Likert*, embora também contenha algumas dicotômicas e multinomiais. O questionário foi aplicado a gestores e a profissionais da VS ou, na sua ausência, da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, conjuntamente, totalizando 31 respondentes, sendo 25 municipais e 6 regionais. Os questionários foram aplicados entre agosto de 2015 e junho de 2016.

Para as questões expressas na escala de *Likert*, calculou-se o escore médio (EM), em que o valor um (1) equivale à pior avaliação; e o cinco (5), à melhor em relação à questão investigada. Para as questões dicotômicas e multinomiais, utilizou-se o percentual das respostas afirmativas e/ou positivas em relação ao item investigado. O índice de cada dimensão foi obtido por meio de média aritmética a partir da padronização das questões em uma escala de 1 a 10 pontos. Para cada atributo foram construídos índices sintéticos, expressos na mesma escala, compostos pela média dos resultados das variáveis. A classificação do desempenho de cada região, dimensão e atributo considerou insatisfatórios valores iguais ou abaixo de 4,99; intermediários, entre 5,00 e 6,99; e satisfatórios, iguais ou acima de 7,00. Utilizou-se o *software* Excel<sup>®</sup> para tabulações e o programa SPSS para Windows<sup>®</sup>, versão 21.0 (Armonk, NY), para análise estatística.

Para compreensão de aspectos estruturais e organizacionais, foram utilizadas a dengue e a tuberculose como condições traçadoras<sup>31</sup>, por apresentarem alta prevalência e disseminação em todo o território nacional, explicitação quanto aos critérios normativos para seu diagnóstico e tratamento e à existência de programas de prevenção e controle com ações e fluxos determinados entre as instâncias gestoras.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com o número de protocolo 071/2015.

## **RESULTADOS**

O desempenho da regionalização da VS foi satisfatório apenas na RSI (EM 7,56), insatisfatório na RSII (EM 4,75) e intermediário nas demais, RSIII (EM 6,70), RSIV (EM 6,21), RSV (EM 6,95) e RSVI (EM 6,32). Em geral, entre as três dimensões que influenciam o processo de regionalização, os melhores desempenhos foram da Política e da Organização; e o mais frágil, da Estrutura (Tabela 3).

**Tabela 3 – Índice de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde e classificação, segundo dimensões e atributos por região de saúde. Brasil, 2017**

Na dimensão Política, as RSI, RSIII e RSV alcançaram desempenho satisfatório, reconhecendo a importância da instância regional na tomada de decisão e na operacionalização das ações de VS, enquanto a RSII foi a única com desempenho insatisfatório. No atributo ‘protagonismo da região’, as RSI e RSV tiveram desempenho satisfatório, e a RSII, insatisfatório, destacando-se os órgãos/instituições que influenciaram esse resultado: ‘organizações da sociedade civil’, ‘instituições acadêmicas’ e COSEMS. O único órgão/instituição que atingiu resultado satisfatório em todas as regiões no atributo ‘Protagonismo da região’ foi a SES – nível central (Tabela 4).

**Tabela 4 – Índice de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde, segundo as dimensões Política e Estrutura, atributos, indicadores e variáveis, por região de saúde. Brasil, 2017**

A dimensão Estrutura atingiu desempenho intermediário (RSI, RSIV, RSV e RSVI) ou insatisfatório (RSII e RSIII), com os atributos ‘suficiência financeira’ e ‘suficiência de recursos humanos’, obtendo os piores resultados. Com relação à ‘suficiência financeira’, ressalta-se nas RSI, RSII, RSIII e RSIV a participação da esfera federal no custeio da VS, em detrimento das estadual e municipal. Em todas as regiões, o percentual de execução dos recursos do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde e o investimento na VS nos últimos três anos tiveram resultado negativo (Tabela 4).

Quanto à ‘suficiência de recursos humanos’, os itens ‘médicos epidemiologistas’, ‘sanitaristas’ e ‘inspetores sanitários’ foram insatisfatórios em todas as regiões, enquanto ‘digitadores para os sistemas de informação da VS’ foram satisfatórios nas RSI, RSII e RSVI; e ‘codificadores de causa básica’ nas RSIII e RSVI. Ao analisar a ‘suficiência de recursos físicos’, os itens referentes aos agravos traçadores tuberculose e dengue apresentaram resultado satisfatório em todas as regiões, com exceção da RSII (Tabela 4).

Com relação à dimensão Organização, percebeu-se a importância do ‘planejamento e gestão’ em todas as regiões, exceto na RSII, que alcançou resultado intermediário. O atributo ‘integração’ apresentou desempenho satisfatório nas RSI, RSIII, RSIV e RSVI; e o ‘controle de determinantes, riscos e danos à saúde’, apenas na RSIII (Tabela 5).

**Tabela 5 – Índice de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde, segundo a dimensão Organização, atributos, indicadores e variáveis, por região de saúde. Brasil, 2017**

No que se refere às práticas e processos de trabalho da VS, a RSII atingiu resultado satisfatório apenas nos itens ‘vigilância da situação de saúde da população’ e ‘vigilância prevenção e controle das doenças transmissíveis’. Observou-se desempenho insatisfatório da RSV relacionado com a ‘existência de integração intrassetorial da VS’ e da RSII no que diz respeito à ‘existência de integração entre a VS e os demais serviços de saúde’ (Tabela 5).

Quanto à ‘frequência no envio de amostra laboratorial de exames de interesse para a VS para análise em outra região’, as RSI, RSII, RSIV, RSV e RSVI tiveram resultado insatisfatório, e apenas a RSII no que se refere à ‘frequência de encerramento por critério laboratorial dos casos de DNC’. Ressalta-se o resultado insatisfatório das RSII e RSV em relação à ‘existência de acompanhamento dos casos de tuberculose resistente e tuberculose multidrogarresistente na região’ (Tabela 5).

## **DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo mostram que, em geral, quanto maior o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços, melhor o desempenho da regionalização da VS, e que as dimensões Organização e Política alcançam melhores escores enquanto a Estrutura apresenta maior debilidade.

A opção de avaliar o desempenho da regionalização da VS na amplitude do seu constructo em detrimento das especificidades de cada uma das vigilâncias (epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, ambiental) que a compõem permitiu uma análise global do desempenho, mas fragilizou a avaliação em profundidade de cada uma delas. Adicionalmente, a seleção dos municípios nas regiões de saúde a partir do critério de conveniência, exceto o município-sede, ao priorizar aqueles com maior adesão à pesquisa e que receberam os pesquisadores nas datas propostas, pode ter sobrevalorizado o desempenho da VS na região. A aplicação do questionário tanto aos gestores quanto aos profissionais da VS buscou, ao confrontar fontes, ampliar a confiabilidade das informações.

A região de saúde caracterizada pelo alto desenvolvimento socioeconômico e pela alta oferta de serviços, RSI (grupo 5), apresentou desempenho satisfatório em duas dimensões (Política e Organização), enquanto as de níveis socioeconômico e de oferta de serviços mais baixos, RSIV, RSV e RSVI, integrantes dos grupos 3, 2 e 1 respectivamente, apenas em uma dimensão. A exceção foi a de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, RSII (grupo 4), que apresentou resultado insatisfatório em todas as dimensões.

O desempenho insatisfatório da RSII, apesar da tipologia, decorre possivelmente do contexto local, estado de dimensão continental e municípios extensos, com meios de transporte precários, muitas vezes por via fluvial, o que dificulta a integração das ações e serviços em âmbito regional<sup>32</sup>. Adicionalmente, a Fundação de Vigilância em Saúde, órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Amazonas, atua, por vezes, cartorialmente, protagonizando ações, a exemplo da disponibilização de agentes de endemias na quase totalidade dos municípios, inclusive na capital. Há evidências que a região amazônica requer intervenções complexas e que estas são particularmente sensíveis aos contextos organizacionais em que se inserem com repercussões sobre o seu nível de implantação e desempenho<sup>32</sup>.

Os achados deste estudo corroboram os resultados da pesquisa geral<sup>28</sup>, que aponta para um melhor desempenho da dimensão Política ante as demais e apresenta a Estrutura como a mais precária em todas as regiões. Também apresenta a região RSII como tendo o pior desempenho da regionalização e a RSI em uma posição intermediária, sem exercer protagonismo com relação ao processo de regionalização.

Com relação à dimensão Estrutura, a insuficiente disponibilidade de recursos físicos, humanos e financeiros dificulta o avanço da política de regionalização e o alcance de seu macro-objetivo, a constituição de um sistema de saúde universal e integrado, com ações e serviços coordenados. Os resultados da dimensão Estrutura nas seis regiões de saúde avaliadas não traduzem as suas diferenças socioeconômicas, tampouco a tipologia adotada neste estudo, sinalizando uma dificuldade estrutural generalizada da VS no território nacional.

Apesar das iniciativas para fortalecer e qualificar a descentralização da VS, especialmente em relação à infraestrutura e à capacidade técnica, a exemplo do Projeto Vigisus<sup>33</sup> e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS)<sup>34</sup>, estudos<sup>16-18</sup> apontam a necessidade de esforços adicionais para alcançar um melhor desempenho das práticas de VS no nível local. O resultado deste estudo mostra que falhas estruturais permanecem como impedimento para regionalização das ações e serviços de VS.

A despeito do progresso nas políticas de saúde no Brasil ao longo dos anos, a gestão dos recursos humanos convive com dificuldades relacionadas com a precariedade dos vínculos, contratações que não consideram as necessidades do setor, baixos salários e falta de planos de cargos e carreira, entre outros aspectos, acarretando a insuficiência de equipes para a



execução das ações, as relações temporárias de trabalho e a baixa qualificação técnica em nível local<sup>17,18</sup>.

Em contraponto, a Organização da VS tem se consolidado nos últimos anos a partir de sua base normativa e legal, por meio de portarias, políticas e planos, no intuito de nortear e qualificar o planejamento e a gestão democrática do sistema de saúde<sup>30</sup>. No entanto, a conformação do sistema de saúde brasileiro interfere diretamente na estruturação e no desempenho da VS. O baixo desempenho do atributo ‘Controle de determinantes, riscos e danos à saúde’ em relação aos demais da dimensão Organização – principalmente em decorrência da debilidade na execução de ações de controle e da ‘Frequência no envio de amostra laboratorial de exames de interesse para a VS para análise em outra região’ – explicitam essa questão.

A adoção de estratégias de controle, baseadas em programas verticalizados nos anos 2000, apresentaram pouco impacto no combate de agravos, como tuberculose, dengue, entre outros. Assim, a incorporação dessas ações na atenção básica, sob a responsabilidade municipal, integrados aos demais serviços da rede de atenção, atuando com o usuário em seu contexto de vida, são instrumentos para ampliar a efetividade dos programas<sup>35,36</sup>, porém, a expansão de uma atenção básica pouco resolutiva representa uma barreira para a organização de serviços e para a constituição das regiões de saúde<sup>37</sup>. Evidências recentes mostraram que a cobertura da Estratégia Saúde da Família aumenta as chances de sucesso do tratamento de algumas doenças em pessoas pobres, a exemplo da tuberculose, apontando o benefício da proteção social nos desfechos de doenças<sup>38</sup>.

Mesmo diante do acompanhamento longitudinal das pessoas ocorrendo na atenção primária, a continuidade do cuidado pode implicar intervenções diagnósticas e tratamentos de média e alta complexidade, frequentemente indisponíveis em municípios com menores contingentes populacionais. A insuficiente atuação das estruturas regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, tanto no desenho da rede de prestação de serviços quanto no estabelecimento de mecanismos para sua integração, condição imprescindível para o sucesso dos programas de controle dos agravos, constituem desafios para o avanço do processo de regionalização<sup>28</sup>.

Apesar do descompasso da vigilância em relação ao sistema de saúde<sup>39</sup>, uma vez que seus serviços e ações permaneceram centralizados até o século XX, e, quando descentralizados, foram direcionados aos municípios, os resultados da dimensão Política no atributo ‘Importância da instância regional’ mostram a Comissão Intergestores Regional (CIR) como

espaço para discussão de temas da VS, em três das seis regiões pesquisadas. Entretanto, há evidências que os fóruns intergovernamentais estão se esvaziando porque as decisões sobre as regiões de saúde estão centralizadas nos estados, ou nos municípios-sede<sup>28</sup>. O fortalecimento das regiões requer pautas estruturadas desses fóruns para discutir sobre a intersetorialidade das políticas públicas e favorecer a construção do território regional<sup>40</sup>. No caso da VS, esses espaços de pactuação e deliberação, em geral, restringem-se às discussões sobre o financiamento de ações, especialmente quanto ao controle de arboviroses<sup>30</sup>.

A efetivação da regionalização pressupõe laços cooperativos interinstitucionais e o compromisso político que transcendam o atendimento a preceitos legais e normativos, com uma visão para a atuação complementar<sup>30</sup>. A delimitação de ações e serviços de ordem geográfica, por vezes, mascara o reconhecimento de que meios sociopolíticos e institucionais são tão ou mais importantes para superar os desafios impostos pelo espaço natural. Para isso, os contextos adversos precisam ser reconhecidos e considerados no planejamento regional.

A regionalização, mais do que um processo de organização das ações e dos serviços de saúde no território, com foco na integralidade da atenção, é uma construção política que favorece o diálogo entre os atores locais e os gestores federados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios específicos<sup>40</sup>. No entanto, estabelecer os limites entre as ações de VS estritamente local e as que necessitam de articulação regional permanecem como desafio, em particular, pela ausência de instruções normativas que regulem o compartilhamento de atribuições, de recursos humanos e de materiais na região de saúde, bem como o financiamento regional<sup>30</sup>.

Ainda com relação ao financiamento, destaca-se a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017<sup>41</sup>, a qual alterou o repasse dos recursos federais do SUS, restringindo-o a dois blocos – custeio e investimento. Não se sabe que impacto essa mudança trará, ao flexibilizar o uso dos recursos federais da saúde no âmbito municipal e estadual, e suas implicações na manutenção e na ampliação dos serviços de VS. Igualmente, há dúvidas quanto às repercussões para as instâncias indutoras de políticas estruturantes da VS, especialmente no que concerne à regionalização. O nível local é importante na organização do sistema de saúde, mas o planejamento da oferta regionalizada precisa ser regulado e financiado pelo sistema de saúde para ser custo efetivo.

Novos estudos mostrarão impasses, desafios e saídas desse novo ciclo do SUS, mas é certo que suas debilidades são claras e apontam para a necessidade de lideranças institucionais, a

serem exercidas pelos estados; políticas públicas mais efetivas; ambientes organizacionais voltados para cooperação e arranjos de participação e controle social, sem os quais a consolidação da regionalização não será viável ou possível<sup>42</sup>.

A análise do desempenho da regionalização da VS apresentada retrata a complexidade de contextos de diferentes regiões brasileiras, o que contribui para o entendimento da dinâmica da regionalização da VS no país, explicitando suas concepções e práticas de gestão e suscitando a necessidade de investimentos adicionais para sua estruturação e produção de normativas que balizem o compartilhamento de atribuições, recursos humanos e materiais na região de saúde, bem como de fontes de financiamento regional para potencializar as ações.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988: Seção II. Da Saúde. Art. 198 – I. Brasília, DF; 2003.
2. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian Health System: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
3. Viana ALD'Á, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):807-817.
4. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17 (11): 2881-2892.
5. Albuquerque MV, Viana ALD'Á, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1055-64.
6. Araujo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. serv. saúde* 2012; 21(4):533-538.
7. Freese E, Fontbonne A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: Freese E, organizador. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2006. p.17-45.
8. Frenk J, Frejka T, Bobadolla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda JJ, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana* 1991; 111(6):485-496.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 2013; 10 jul.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).
11. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK; Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1811-1818.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010; 30 dez.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011; 29 jun.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Vigilância em Saúde – Documento Base. Documento elaborado pelo GT-PNVS, instituído por meio da Portaria SVS/MS nº 14/2013, composto por representantes da SVS/MS; ANVISA MS; CONASS e CONASEMS. 2014. [acesso em 27 fev 2017]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/gpa/pnvs\\_2014\\_documento\\_base.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/gpa/pnvs_2014_documento_base.pdf).
15. Silva Junior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
16. Teixeira GM, Costa MCN, Souza LP, Nascimento EMR, Barreto ML, Barbosa N, et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations. *Rev. Panam. Salud Pública* 2012; 32(1):49-55.
17. Albuquerque AC, Mota ELA, Felisberto E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(4):861-73.
18. Santos SSBS, Melo CMM, Costa HOG, Tanaka OY, Ramos FM, Santana MCC, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):873-82.
19. Oliveira CM.; Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):929-36.
20. Costa JMBS, Cesse EAP, Samico IC, Carvalho, EMF. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. *Physis (Rio J.)* 2015; 25(4):1141-63.
21. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P (Orgs.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011; p. 19-40.
22. Viacava F, DomínguezUgá MA, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):921-934.
23. Costa JMBS, Silva VL, Samico IC, Cesse EAP. Desempenho de Intervenções de Saúde em Países da América Latina: uma revisão sistemática. *Saúde Debate.* 2015; 39(Especial):307-319.
24. Larhey R, Nielsen SB. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation and results based management: observations from Canada. *New Directions for Evaluation, Honolulu.* 2013; 137:45-56.
25. Marchal B, Hoérée T, Silveira VC, Belle SV, Prashanth NS, Kegels G. Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health, Londres.* 2014; 14:378-391.
26. Arreaza AL, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(4):215-2228.
27. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate* 2015; 39(104):255-267.
28. Viana ALD'Á, Ferreira MP, Cutrim MA, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2017; 17(Supl. 1):S27-S43.
29. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc* 2015; 24(2):413-22.

30. Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, Samico I, Uchimura LYT, Estima N. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2017; 17(Suppl. 1):S135-S151.
31. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *The New England Journal of Medicine* 1973; 288(4):189-94.
32. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1225-34.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto VIGISUS da Saúde; Fundação Nacional de Saúde; 1998.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios.
35. Tauil PL. Urbanização e ecologia do dengue. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(Suppl): 99-102.
36. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde debate* 2017; 41(Suppl): 242-258.
37. Shimizu HE, Cruz MS, Bretas Jr N, Schierholt SR, Ramalho WM, Ramos MC, et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1131-40.
38. Durovni B, Saraceni V, Puppim MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S, et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health (Oxf).* 2017; 1-8.
39. Costa EA. Vigilância Sanitária e proteção da saúde. *Direito e Saúde Pública: coletânea de textos.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, v.1, p. 180-203; 2003. (Série E Legislação e Saúde).
40. Mendes Á, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OU, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saude soc.* 2015; 24(2):423-437.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 2017; dez. 27. Seção 1, Edição Extra, p.14.
42. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, De Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1791-1798.

**Tabela 1 – Regiões de saúde pesquisadas segundo tipologia\* e municípios selecionados para o estudo. Brasil, 2017**

Região de Saúde	Tipologia	Municípios da região de saúde	Municípios selecionados para o estudo
V Diretoria Regional de Saúde (DRS) (SP)	Grupo 5	Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul, Paulista, Olímpia, Severínia, Taiacu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto	Barretos (Sede), Olímpia, Bebedouro, Cajobi e Taiúva
Região de Saúde do entorno de Manaus e Alto Rio Negro (AM)	Grupo 4	Manaus, Presidente Figueiredo, Rio Preto de Eva, Iranduba, Careiro de Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Autazes, Nova Olinda do Norte, São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos	Manaus (Sede), Careiro da Várzea e São Gabriel da Cachoeira
Região de Saúde da Baixada Cuiabana (MT)	Grupo 4	Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Jangada, Nossa Sra. Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antônio do Leverger, Cuiabá, Várzea Grande e Acorizal	Cuiabá (Sede), Várzea Grande e Acorizal
Região de Saúde 9 – Carbonífera/Costa Doce (RS)	Grupo 3	Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chувиска, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes	Guaíba (Sede), Camaquã, Dom Feliciano e Sertão Santana
VIII Região de Saúde (PE)	Grupo 2	Petrolina, Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista	Petrolina (Sede), Cabrobó e Orocó
Núcleo Regional de Saúde Norte (BA)	Grupo 1	Juazeiro, Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá	Juazeiro (Sede), Remanso e Sobradinho

Elaboração: próprios autores.

\*Viana e colaboradores (2015).

**Tabela 2 – Dimensões e Atributos para avaliação do desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde. Brasil, 2017**

<b>Dimensão</b>	<b>Atributo</b>	<b>Descrição do atributo</b>
Política	Protagonismo da região de saúde	Referente à importância dos: órgãos públicos de organização do sistema de saúde, organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas e conselhos participativos.
	Importância da CIR	Referente à importância da Comissão Intergestores Regional (CIR) na discussão de temáticas referentes à VS.
	Mobilização de apoios para as ações	Mobilização de apoio para ações de VS.
Estrutura	Suficiência financeira	Participação das esferas municipal, estadual e federal no custeio da VS; percentual de execução dos recursos do Piso Fixo e Variável da Vigilância e Promoção da Saúde (PFVVPS); investimento para a VS na região.
	Suficiência de recursos humanos	Suficiência de recursos humanos por categorias profissionais.
	Suficiência de recursos físicos	Suficiência de estrutura; mobilização de insumos, medicamentos e exames para os programas de controle da tuberculose e dengue.
	Planejamento e gestão	Referente aos parâmetros utilizados no planejamento da VS; definição de práticas e processos de trabalhos e contribuição da gestão.
Organização	Integração	Integração inter e intrasetorial; mecanismos de integração da VS com a Atenção Primária à Saúde (APS).
	Controle de determinantes, riscos e danos à saúde	Frequência de doenças de notificação compulsória encerradas por critério laboratorial; frequência de envio de amostras laboratoriais de exames de interesse para VS (análises laboratoriais de interesse das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária) para análise em outra região de saúde; realização de ações de controle da tuberculose; consolidação e análise dos dados gerados pelos Sistemas de Informação (SIM, Sinan etc.); acompanhamento dos casos de tuberculose resistente e multidroga resistente; realização de ações de controle da dengue.

Elaboração: próprios autores.

**Tabela 3 – Índice de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde e classificação, segundo dimensões e atributos por região de saúde. Brasil, 2017**

Atributos/Dimensões	Região de Saúde*					
	I	II	III	IV	V	VI
	ID** Classificação	ID Classificação	ID Classificação	ID Classificação	ID Classificação	ID Classificação
Protagonismo da região	7,15 Satisfatório	5,41 Intermediário	6,91 Intermediário	6,85 Intermediário	7,45 Satisfatório	5,88 Intermediário
Importância da instância regional	9,16 Satisfatório	3,25 Insatisfatório	7,19 Satisfatório	5,95 Intermediário	9,55 Satisfatório	5,50 Intermediário
<b>Política</b>	<b>8,15 Satisfatório</b>	<b>4,33 Insatisfatório</b>	<b>7,05 Satisfatório</b>	<b>6,40 Intermediário</b>	<b>8,50 Satisfatório</b>	<b>5,69 Intermediário</b>
Mobilização de apoios para ações	7,84 Satisfatório	5,37 Intermediário	6,46 Intermediário	6,66 Intermediário	7,24 Satisfatório	7,36 Satisfatório
Suficiência financeira	5,01 Intermediário	2,70 Insatisfatório	2,88 Insatisfatório	3,20 Insatisfatório	3,85 Insatisfatório	2,85 Insatisfatório
Suficiência de recursos humanos	4,66 Insatisfatório	3,53 Insatisfatório	3,25 Insatisfatório	2,80 Insatisfatório	4,38 Insatisfatório	5,50 Intermediário
Suficiência de recursos físicos	8,50 Satisfatório	5,72 Intermediário	6,76 Intermediário	7,34 Satisfatório	7,32 Satisfatório	6,31 Intermediário
<b>Estrutura</b>	<b>6,50 Intermediário</b>	<b>4,33 Insatisfatório</b>	<b>4,84 Insatisfatório</b>	<b>5,00 Intermediário</b>	<b>5,69 Intermediário</b>	<b>5,50 Intermediário</b>
Planejamento e gestão	8,78 Satisfatório	6,84 Intermediário	8,36 Satisfatório	7,45 Satisfatório	8,42 Satisfatório	7,14 Satisfatório
Integração	8,35 Satisfatório	5,09 Intermediário	8,86 Satisfatório	7,84 Satisfatório	5,88 Intermediário	9,36 Satisfatório
Controle de determinantes, riscos e danos à saúde	6,92 Intermediário	4,87 Insatisfatório	7,40 Satisfatório	6,41 Intermediário	5,64 Intermediário	6,82 Intermediário
<b>Organização</b>	<b>8,02 Satisfatório</b>	<b>5,60 Insatisfatório</b>	<b>8,20 Satisfatório</b>	<b>7,23 Satisfatório</b>	<b>6,65 Intermediário</b>	<b>7,77 Satisfatório</b>
<b>Desempenho da Região</b>	<b>7,56 Satisfatório</b>	<b>4,75 Insatisfatório</b>	<b>6,70 Intermediário</b>	<b>6,21 Intermediário</b>	<b>6,95 Intermediário</b>	<b>6,32 Intermediário</b>

Elaboração: próprios autores.

\*Região de Saúde I: V Diretoria Regional de Saúde de São Paulo; Região de Saúde II: Região do Entorno de Manaus e Alto do Rio Negro, AM; Região de Saúde III: Região da Baixada Cuiabana, MT; Região de Saúde IV: Região de Carbonífera/Costa Doce, RS; Região de Saúde V: VIII Região de Saúde de Pernambuco e Região de Saúde VI: Núcleo Regional de Saúde Norte da Bahia; \*\*ID: Índice de desempenho



**Tabela 4 – Índice de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde, segundo as dimensões Política e Estrutura, atributos, indicadores e variáveis, por região de saúde. Brasil, 2017**

DIMENSÃO/ATRIBUTO/INDICADOR/VARIÁVEIS	Escore médio – Região de Saúde*					
	I	II	III	IV	V	VI
<b>POLÍTICA</b>						
<b>Protagonismo da Região de Saúde</b>						
<i>Importância dos órgãos para tomada de decisões</i>	7,15	5,41	6,91	6,85	7,45	5,88
Secretaria Estadual de Saúde (nível central)	7,48	8,88	7,75	9,10	8,20	7,30
Estrutura regional da Secretaria Estadual de Saúde	7,48	7,75	7,75	9,10	6,85	8,20
Organizações da sociedade civil	6,06	2,69	6,06	3,70	6,40	4,60
Instituições acadêmicas	5,50	3,25	5,50	3,70	7,30	4,15
COSEMS*	8,06	5,50	7,75	7,30	7,30	5,05
CIR*	8,31	4,38	6,63	8,20	8,65	5,95
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>7,15</b>	<b>5,41</b>	<b>6,91</b>	<b>6,85</b>	<b>7,45</b>	<b>5,88</b>
<b>Importância da instância regional</b>						
<i>Frequência nas reuniões da CIR de temas da VS</i>	9,16	3,25	7,19	5,95	9,55	5,50
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>9,16</b>	<b>3,25</b>	<b>7,19</b>	<b>5,95</b>	<b>9,55</b>	<b>5,50</b>
<b>RESULTADO DO ÍNDICE SINTÉTICO – POLÍTICA</b>	<b>8,15</b>	<b>4,33</b>	<b>7,05</b>	<b>6,40</b>	<b>8,50</b>	<b>5,69</b>
<b>ESTRUTURA</b>						
<b>Mobilização de apoio para as ações</b>						
<i>Frequência na mobilização de apoios necessários para:</i>	7,84	5,37	6,46	6,66	7,24	7,36
Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis	8,65	8,43	7,75	7,75	8,65	9,55
Vigilância e prevenção de agravos não transmissíveis	7,30	4,38	5,50	5,05	7,75	6,85
Vigilância de pop. expostas a riscos ambientais em saúde	7,52	3,25	4,94	7,75	7,30	4,60
Vigilância de saúde do trabalhador	7,30	2,13	6,63	6,40	6,40	7,30
Promoção em saúde e hábitos de vida saudáveis	6,85	6,18	3,81	3,70	5,50	6,40
Vigilância Sanitária	8,42	5,50	8,31	8,20	6,40	7,30
Gestão dos sistemas de informação de VS	8,87	7,75	8,31	7,75	8,65	9,55
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>7,84</b>	<b>5,37</b>	<b>6,46</b>	<b>6,66</b>	<b>7,24</b>	<b>7,36</b>
<b>Suficiência financeira</b>						
<i>Custeio da VS</i>	6,29	6,10	5,50	6,70	5,05	5,65
Federal	7,07	7,30	8,88	7,30	5,95	5,50
Estadual	4,95	5,50	4,94	6,40	3,70	5,05
Municipal	6,85	5,50	2,69	6,40	5,50	6,40
<i>% de execução dos recursos do PFVVPS* (últimos três anos)</i>	3,25	1,00	2,13	1,90	1,90	1,90
Entre 75% e 100%	3,25	1,00	3,25	2,80	1,00	2,80
100%	3,25	1,00	1,00	1,00	2,80	1,00
<i>Aumento no investimento para VS na região, nos últimos três anos</i>	5,50	1,00	1,00	1,00	4,60	1,00
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>5,01</b>	<b>2,70</b>	<b>2,88</b>	<b>3,20</b>	<b>3,85</b>	<b>2,85</b>
<b>Suficiência de recursos humanos</b>						
<i>Suficiência de recursos humanos para VS</i>	4,66	3,53	3,25	2,80	4,38	5,50
Médicos epidemiologistas	3,25	1,00	1,00	1,00	1,00	2,80
Sanitaristas	3,25	5,50	1,00	1,00	1,00	2,80
Inspetores sanitários	3,25	3,25	1,00	2,80	2,80	2,80
Codificadores de causa básica	5,50	1,00	10,00	4,60	6,40	8,20
Agentes de endemias para as ações de campo	3,25	1,00	3,25	4,60	6,40	4,60

Digitadores para os sistemas de informação da VS	7,75	7,75	3,25	4,60	4,60	8,20
Outros profissionais de nível superior	5,50	3,25	1,00	2,80	6,40	6,40
Outros profissionais de nível médio	5,50	5,50	5,50	1,00	6,40	8,20
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>4,66</b>	<b>3,53</b>	<b>3,25</b>	<b>2,80</b>	<b>4,38</b>	<b>5,50</b>
<b>Suficiência de recursos físicos</b>						
<i>Suficiência da estrutura da VS</i>	8,88	6,25	4,00	5,20	5,80	4,60
Estrutura física (salas, mesas, cadeiras etc.)	8,88	3,25	1,00	6,40	4,60	2,80
Veículos exclusivos	5,50	5,50	1,00	2,80	2,80	2,80
Computadores conectados à internet, impressoras e telefones	8,88	3,25	3,25	4,60	6,40	4,60
Material gráfico para divulgação das ações, programas e campanhas	10,00	5,50	3,25	6,40	4,60	4,60
Impressos e normas	10,00	10,00	7,75	6,40	8,20	6,40
Material de expediente	10,00	10,00	7,75	4,60	8,20	6,40
<i>Frequência de procedimentos relativos à vigilância da tuberculose</i>	8,65	4,69	8,09	7,17	7,17	7,17
Teste rápido para detecção de HIV* nos casos de TB	8,87	3,93	4,38	3,93	3,93	3,93
Quimioprofilaxia nos comunicantes, quando necessário	7,75	4,38	8,88	5,95	5,95	5,95
Exames de baciloscopia em todos os casos suspeitos	8,87	5,05	7,75	9,55	9,55	9,55
Antirretrovirais em casos de coinfeção TB*/HIV	8,87	5,05	9,44	6,40	6,40	6,40
Esquema básico para todos os casos confirmados de TB	8,87	5,05	10,00	10,00	10,00	10,00
<i>Frequência de procedimentos relativos à vigilância e controle de dengue</i>	7,97	6,22	8,20	9,64	8,99	7,15
Disponibilidade de sorologia no nível regional	8,87	6,63	7,75	10,00	7,75	6,25
Disponibilidade de insumos para o controle vetorial	7,52	7,30	9,44	9,55	8,88	8,50
Disponibilidade de medicamentos básicos para dengue	7,75	6,18	8,88	9,10	9,44	9,25
Disponibilidade de impressos	8,20	6,63	8,88	10,00	10,00	5,50
Aquisição de EPI* para aplicação de inseticidas e larvicidas	7,52	4,38	6,06	9,55	8,88	6,25
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>8,50</b>	<b>5,72</b>	<b>6,76</b>	<b>7,34</b>	<b>7,32</b>	<b>6,31</b>
<b>RESULTADO DO ÍNDICE SINTÉTICO – ESTRUTURA</b>	<b>6,50</b>	<b>4,33</b>	<b>4,84</b>	<b>5,00</b>	<b>5,69</b>	<b>5,50</b>

Elaboração: próprios autores.

\*Região de Saúde I: V Diretoria Regional de Saúde de São Paulo; Região de Saúde II: Região do Entorno de Manaus e Alto do Rio Negro, AM; Região de Saúde III: Região da Baixada Cuiabana, MT; Região de Saúde IV: Região de Carbonífera/Costa Doce, RS; Região de Saúde V: VIII Região de Saúde de Pernambuco e Região de Saúde VI: Núcleo Regional de Saúde Norte da Bahia; COSEMS: Conselho de secretários municipais de saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; PFVVPS: Piso Fixo Variável da Vigilância e Promoção da Saúde; HIV: vírus da imunodeficiência humana; TB: tuberculose; EPI: equipamento de proteção individual.

Classificação EM: insatisfatório:  $\leq$  4,99; intermediário: entre 5,00 e 6,99; e satisfatório:  $\geq$  7,00.

**Tabela 5 – Índice de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde, segundo a dimensão Organização, atributos, indicadores e variáveis, por região de saúde. Brasil, 2017**

DIMENSÃO/ATRIBUTO/INDICADOR/VARIÁVEIS	Score médio – Região de Saúde*					
	I	II	III	IV	V	VI
<b>Planejamento e gestão</b>						
<i>Utilização de critérios para o planejamento da VS na região</i>	8,43	6,85	9,10	6,40	8,56	7,12
Critérios epidemiológicos	10,00	10,00	10,00	8,20	10,00	8,20
Caracterização da população (perfil socioeconômico e demográfico)	10,00	7,75	10,00	8,20	10,00	8,20
Caracterização das condições ambientais (água, coleta de lixo e dejetos)	7,75	7,75	10,00	6,40	10,00	8,20
Dimensão e distribuição da rede de serviços de assistência à saúde	10,00	5,50	10,00	6,40	10,00	8,20
Resultados da avaliação das capacidades de respostas do RSI*	4,38	3,25	5,50	2,80	2,80	2,80
<i>Existência de definição clara das atribuições/funções dos gestores da VS</i>	8,50	7,75	10,00	9,40	6,40	6,40
Federal	8,88	7,75	10,00	8,20	8,20	6,40
Estadual	7,75	7,75	10,00	10,00	10,00	6,40
Municipal	8,88	7,75	10,00	10,00	1,00	6,40
<i>Garantia da gestão da VS na região para:</i>	8,65	5,95	5,95	6,04	8,20	6,04
Fortalecimento da capacidade institucional	7,75	5,50	3,25	8,20	8,20	2,80
Articulação intra e intersetorial	8,88	7,75	7,75	6,40	8,20	8,20
Produção de informação e comunicação	8,88	7,75	5,50	6,40	8,20	4,60
Análise da situação de saúde	10,00	7,75	10,00	6,40	10,00	8,20
Aprimoramento da gestão financeira (alocação e execução)	7,75	1,00	3,25	2,80	6,40	6,40
<i>Contribuição da gestão da VS na região</i>	9,44	8,13	7,38	6,70	9,70	8,20
Aprimoramento institucional	8,88	7,75	5,50	6,40	10,00	6,40
Fortalecimento da gestão regional	10,00	7,75	3,25	4,60	10,00	8,20
Fortalecimento das ações intersetoriais	8,88	7,75	7,75	4,60	10,00	8,20
Prevenção e controle de doenças e agravos	10,00	7,75	10,00	10,00	10,00	10,00
Promoção da saúde	10,00	10,00	7,75	10,00	10,00	8,20
Integração dos serviços de VS com outros setores na região	8,88	7,75	10,00	4,60	8,20	8,20
<i>Existência de práticas e processos de trabalho da VS voltados para:</i>	8,88	5,50	9,36	8,71	9,23	7,94
Vigilância da situação de saúde da população	8,88	7,75	7,75	6,40	8,20	6,40
Deteção oportuna e adoção de medidas para a resposta às emergências	8,88	5,50	10,00	8,20	8,20	6,40
Vigilância prevenção e controle das doenças transmissíveis	8,88	7,75	10,00	10,00	10,00	10,00
Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências	7,75	3,25	10,00	10,00	10,00	8,20
Vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde	8,88	5,50	7,75	6,40	10,00	6,40
Vigilância da saúde do trabalhador	10,00	3,25	10,00	10,00	10,00	8,20
Vigilância sanitária	8,88	5,50	10,00	10,00	8,20	10,00
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>8,78</b>	<b>6,84</b>	<b>8,36</b>	<b>7,45</b>	<b>8,42</b>	<b>7,14</b>
<b>Integração</b>						
<i>Existência de integração intrasetorial da VS</i>	7,75	5,50	7,75	8,20	2,80	10,00
<i>Existência de integração entre a VS e os demais serviços de saúde</i>	10,00	3,25	10,00	8,20	6,40	10,00
<i>Importância de itens para a promoção da integração entre a VS e APS*</i>	7,31	6,53	8,83	7,11	8,44	8,07
Organização conjunta do processo de trabalho	8,26	8,88	9,44	7,30	8,88	8,71
Mecanismos de planejamento e programação conjuntos	7,93	8,88	9,44	8,20	8,65	9,04
Práticas conjuntas de educação permanente em saúde	8,08	7,75	9,44	6,85	8,65	8,71
Mapeamento e avaliação conjuntos	8,08	7,75	8,88	6,85	7,98	9,04
Participação em comitês conjuntos (ex: investigação de óbitos)	7,41	6,63	8,31	7,30	7,98	8,71
Discussão conjunta de casos clínicos e eventos sentinelas	6,89	6,06	7,75	7,30	9,10	8,07
Realização de visitas domiciliares e/ou atendimentos compartilhados	6,89	3,81	9,44	7,75	8,88	7,43

Realização de ações coletivas intra e intersetoriais no território	7,57	6,63	8,88	6,85	8,43	8,07
Ações conjuntas entre os ACS* e os ACE*	7,57	6,63	9,44	7,30	8,43	9,04
Vigilância de eventos adversos e farmacovigilância	6,89	4,94	8,31	6,85	8,20	7,11
Vigilância alimentar e nutricional	6,44	5,50	8,31	7,75	8,20	6,14
Ações conjuntas de promoção de atividades físicas	5,68	4,94	8,31	5,05	7,98	6,79
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>8,35</b>	<b>5,09</b>	<b>8,86</b>	<b>7,84</b>	<b>5,88</b>	<b>9,36</b>
<b>Controle de determinantes, riscos e danos à saúde</b>						
<i>Frequência no envio de amostras laboratoriais para análise outra região</i>	2,69	4,94	6,06	2,80	2,80	2,35
<i>Frequência de encerramento por critério laboratorial dos casos de DNC*</i>	7,19	3,25	7,19	7,30	8,65	7,30
<i>Frequência na realização de ações referentes aos casos de tuberculose</i>	6,55	5,07	7,05	6,48	7,75	7,56
Busca ativa de sintomáticos respiratórios no território	5,73	5,05	6,63	5,05	6,25	5,50
Identificação de sinais e sintomas de TB*	6,63	5,50	7,19	6,85	8,50	8,88
Notificação dos casos diagnosticados	7,75	6,63	9,44	9,10	10,00	10,00
Tratamento dos casos de TB de acordo com o protocolo de TDO*	7,30	5,50	8,31	6,40	9,25	7,75
Aconselhamento pré e pós-teste	7,53	5,05	6,63	7,75	8,50	6,63
Busca ativa de faltosos ao tratamento	7,53	3,25	7,75	7,75	5,50	8,88
Encerramento dos casos no livro de registro de pacientes	6,40	4,38	8,31	9,10	7,00	8,88
Acompanhamento do tratamento com registro no boletim de acompanhamento	6,40	6,18	5,50	5,05	8,50	9,44
Monitoramento de encerramento dos casos tratados com envio da informação regular e oportuna para a VS	6,40	4,38	7,19	7,75	10,00	8,88
Realização de atividade de educação em saúde sobre TB	6,40	6,18	6,63	4,15	7,00	5,50
Divulgação de informações sobre a situação epidemiológica da TB	5,50	4,38	6,06	4,60	7,00	5,50
Estímulo à organização e à participação da sociedade civil no controle da TB	5,05	4,38	4,94	4,15	5,50	4,94
<i>Frequência com que os dados relacionados com a TB são consolidados e analisados</i>	8,87	5,50	5,50	6,40	5,50	7,30
<i>Acompanhamento dos casos de TB resistente e multidroga resistente na região</i>	7,75	3,25	10,00	6,40	1,00	7,80
<i>Realização de ações de controle da dengue na região</i>	8,45	7,19	8,59	9,10	8,13	8,59
Notificação dos casos de dengue pelas UBS*/USF*	8,88	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Investigação dos casos de dengue pelas UBS/USF	6,63	3,25	5,50	8,20	7,00	10,00
Análise de consistência, completude e fluxo de dados do Sinan	8,88	5,50	10,00	10,00	10,00	10,00
Elaboração de mapas das situações epidemiológicas e entomológicas	7,75	7,75	10,00	10,00	10,00	3,25
Unificação da base geográfica de trabalho (VS e Pacs*/PSF*)	8,88	5,50	3,25	10,00	4,00	7,75
Divulgação do protocolo de assistência aos pacientes com dengue	8,88	7,75	10,00	8,20	7,00	10,00
Capacitação de profissionais de saúde	8,88	7,75	10,00	8,20	10,00	10,00
Realização de atividades de campo integradas entre as vigilâncias	8,88	10,00	10,00	8,20	7,00	7,75
<b>Desempenho do Atributo</b>	<b>6,92</b>	<b>4,87</b>	<b>7,40</b>	<b>6,41</b>	<b>5,64</b>	<b>6,82</b>
<b>RESULTADO DO ÍNDICE SINTÉTICO – ORGANIZAÇÃO</b>	<b>8,02</b>	<b>5,60</b>	<b>8,20</b>	<b>7,23</b>	<b>6,65</b>	<b>7,77</b>

Elaboração: próprios autores.

\*Região de Saúde I: V Diretoria Regional de Saúde de São Paulo; Região de Saúde II: Região do Entorno de Manaus e Alto do Rio Negro, AM; Região de Saúde III: Região da Baixada Cuiabana, MT; Região de Saúde IV: Região de Carbonífera/Costa Doce, RS; Região de Saúde V: VIII Região de Saúde de Pernambuco e Região de Saúde VI: Núcleo Regional de Saúde Norte da Bahia; RSI: Regulamento Sanitário Internacional; APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; ACE: Agentes de Controle de Endemias; DNC: doenças de notificação compulsória; TB: tuberculose; TDO: Tratamento Diretamente Observado; UBS: Unidade Básica de Saúde; USF: Unidade de Saúde de Família; Pacs: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família.

Classificação EM: insatisfatório:  $\leq$  4,99; intermediário: entre 5,00 e 6,99; e satisfatório:  $\geq$  7,00.

### **10 ARTIGO 3 – DESAFIOS PARA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DE REGIÕES DE SAÚDE NO BRASIL**

Neste artigo, foi realizado um estudo com abordagem qualitativa para explorar e apreender a percepção de gestores estaduais da VS sobre os desafios para a implementação da regionalização da vigilância. A partir das seis regiões de saúde selecionadas para o estudo, foram entrevistados os gestores estaduais da VS por serem eles os condutores políticos e técnicos da regionalização da saúde da VS nos respectivos estados. Após a leitura das entrevistas, foram identificados fatos ou informações que se relacionaram com categorias analíticas, levando-se em consideração as convergências e divergências entre regiões nos discursos dos entrevistados. O relato dos gestores estaduais de VS permitiu identificar elementos importantes a respeito do processo de implementação da regionalização da VS no Brasil, além de desafios a serem enfrentados.

**ARTIGO DE PESQUISA ORIGINAL****DESAFIOS PARA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DE REGIÕES DE SAÚDE NO BRASIL****CHALLENGES FOR REGIONALIZING SURVEILLANCE IN THE PERCEPTION OF MANAGERS OF HEALTH REGIONS IN BRAZIL****Ana Coelho de Albuquerque**

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz). Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50.740-465 – Recife, Pernambuco, Brasil. Fone: (81) 3071-6882. E-mail: ana\_albuquerque1@hotmail.com

**Eduarda Ângela Pessoa Cesse**

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz). E-mail: educesse@cpqam.fiocruz.br

**Eronildo Felisberto**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP). E-mail: eronildo.felisberto@gmail.com

**Isabella Chagas Samico**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP). E-mail: isabella@imip.org.br

**Paulo Germano de Frias**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP). E-mail: pfrias@imip.org.br

**Geison Cícero da Silva**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP). E-mail: geisongcs@gmail.com

**Artigo submetido à Revista Saúde em Debate em 02/12/2019.**



Mariana Chastinet via Saúde em Debate <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>

Seg, 02/12/2019 14:26

Para: Você



ANA COELHO DE ALBUQUERQUE,

Agradecemos a submissão do trabalho "DESAFIOS PARA REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DE REGIÕES DE SAÚDE NO BRASIL" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/3476>

Login: ana\_albuquerque1

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

revista@saudeemdebate.org.br

## RESUMO

O artigo tem como objetivo descrever a percepção de gestores sobre os desafios da regionalização da Vigilância em Saúde (VS) em seis regiões de saúde no Brasil. Adotou-se uma abordagem qualitativa exploratória com dados provenientes de entrevistas semiestruturadas, com roteiro elaborado a partir de categorias de análise previamente definidas, aplicado a seis gestores estaduais da vigilância. Identificaram-se convergências e divergências entre regiões a partir dos discursos dos entrevistados, examinados por meio da técnica de análise temática de conteúdo. Os resultados mostraram que a regionalização da vigilância é influenciada pelo contexto local, caminha de forma assimétrica, com os estados protagonizando esse processo, porém com escassas estratégias de fortalecimento. Entre os desafios para sua consolidação, observou-se dificuldades na apropriação de espaços de pactuação e cogestão, com pouca participação da VS nas pautas de discussão da Comissão Intergestores Regional; na integração das ações da vigilância e atenção básica; na atuação da vigilância nas redes de atenção à saúde; além da inexistência de normativas que regulem o financiamento regional. Ainda que as convergências identificadas indiquem um caminho para implementação da regionalização da VS, as contradições entre o legitimado como desejável e o instituído como prática representam limites concretos de efetivação da regionalização.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde Pública; Regionalização; Descentralização; Política de Saúde.

## ABSTRACT

The article aims to describe the perception of managers about the challenges of regionalization of Health Surveillance (HS) in six health regions in Brazil. A qualitative exploratory approach was adopted with data from semi-structured interviews, with a road map elaborated from previously defined categories of analysis, applied to six state managers of surveillance. Convergences and divergences were identified between regions based on the interviewees' discourses, examined through the thematic content analysis technique. The results showed that the regionalization of surveillance is influenced by the local context, it walks asymmetrically, with the states leading the process, but with few strengthening strategies. Among the challenges for its consolidation, there were difficulties in the appropriation of spaces for co-ordination and co-management, with little participation of HS in the discussion guidelines of the Regional Interagency Committee; in the integration of surveillance and basic care actions; in the performance of surveillance in health care networks; in addition to the lack of regulations regulating regional financing. Although the identified convergences indicate a way to implement the regionalization of the HS, the contradictions between the legitimized as desirable and the one established as practice represent concrete limits to the realization of regionalization.

**Key words:** Public Health Surveillance; Regionalization; Decentralization; Health Policy.



## INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde integra o arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS), trata dos seus princípios e diretrizes e referenda a regionalização como parte do processo de descentralização político administrativa do sistema (Brasil, 1990). No entanto, há tensionamentos quanto às atribuições e competências do Ministério da Saúde (MS), secretarias estaduais e municipais de saúde no processo de implementação da regionalização (Paim; Teixeira, 2007), decorrente do “federalismo sanitário brasileiro” e sua configuração em gestão, organização e funcionamento espelharem o sistema federativo nacional (Dourado; Elias, 2011).

A política de saúde no Brasil desenvolveu mecanismos de indução e coordenação, que acomodaram as tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS (Arretche, 2002; Viana; Machado, 2009). A regulação realizada pelo MS baseada na edição de portarias, em geral associadas a mecanismos financeiros, favoreceram a adesão e implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais (Machado, 2007) e o aprendizado institucional das secretarias de saúde (Viana et al., 2002). No entanto, a maioria dos municípios e muitos estados não tem condições para prover autonomamente as ações e serviços necessários à sua população, sendo indispensável transcender suas fronteiras sem, contudo, desconsiderá-las, para planejar e conformar uma rede de atenção integral à saúde no território (Campos, 2006; Santos; Andrade, 2011; Dias, 2013).

Nesse sentido, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) as diretrizes e critérios para a regionalização e o planejamento regional integrado do SUS, considerando que o seu fortalecimento promove a equidade, a integralidade na atenção à saúde, a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos. De acordo com as resoluções, uma vez definidas as prioridades sanitárias regionais, é necessário pactuar as responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federado no âmbito regional, abrangendo ações de assistência à saúde, de promoção, assistência farmacêutica e de vigilância em saúde (VS), a serem realizadas no território (Brasil, 2017; 2018).

Estabelecer os limites entre as ações locais e as que necessitam de articulação regional relacionadas a VS permanecem como desafio, em particular, pela ausência de instruções normativas sobre o compartilhamento de atribuições, de recursos humanos, de materiais, além do financiamento regional (Albuquerque et al., 2017), sugerindo um insuficiente

acúmulo gerencial da VS para esse nível organizacional (Oliveira; Cruz, 2015). Esse contexto mostra a organização da VS no Brasil com dimensões claramente instituídas representada por sistemas de normas, história e valores que orientam as organizações, enquanto outra dimensão instituinte tensiona ao mostrar necessidade de incorporar transformações nas concepções e modo de operar tradicionalmente e nas relações de poder onde esteja agindo (Paim, Teixeira, 2007; Lins; Cecilio, 2008).

A municipalização priorizada e induzida pela instância nacional, com a criação de mecanismos estáveis de financiamento por meio da transferência fundo a fundo federal para o nível municipal (Silva Junior, 2004), e as iniciativas de qualificação das ações locais como o Projeto Vigisus (Brasil, 1998) e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) (Brasil, 2013) secundarizaram o processo de regionalização. Ainda assim, por meio de estímulos técnico-político, a regionalização do SUS vem sendo construída por gestores estaduais e municipais influenciados por ciclos de implementação das políticas e pelo grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais que compõem os espaços de governança do setor (Carvalho; Jesus; Senra, 2017).

É possível que esse contexto institucional interfira na regionalização da VS no Brasil, tensionando a relação entre o normatizado e o que é operacionalizado nas regiões de saúde. Assim, este artigo tem como objetivo descrever a percepção de gestores com relação aos desafios para implementação da regionalização da VS em seis regiões de saúde no Brasil.

## **MÉTODO**

Este estudo é integrante da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil – Região e Redes” (Viana et al., 2017) e partiu de uma abordagem qualitativa para explorar e apreender a percepção de gestores estaduais da VS sobre os desafios para a implementação da regionalização da vigilância.

A seleção das regiões de saúde foi baseada em tipologia desenvolvida por Viana e colaboradores (2015), que adotou a análise de *cluster* para desenvolvimento socioeconômico e a oferta e complexidade dos serviços de saúde no contexto regional como condições estruturais de regionalização. Foram diferenciados cinco agrupamentos de regiões de saúde: (1) baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; (2) médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta; (3) médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; (4) alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e (5) alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços.

Selecionou-se uma região de cada grupo, além de outra interestadual por sua representatividade ímpar, de unidades federadas distintas, totalizando seis regiões: V Diretoria Regional de Saúde do estado de São Paulo; Região de Saúde do entorno de Manaus e Alto Rio Negro, Amazonas; Região de Saúde da Baixada Cuiabana, Mato Grosso; Região de Saúde 9 – Carbonífera/Costa Doce, Rio Grande do Sul; VIII Região de Saúde de Pernambuco; e Núcleo Regional de Saúde Norte, Bahia. A partir dessas regiões, identificou-se os condutores políticos e técnicos da regionalização da saúde da VS chegando aos gestores estaduais da VS, entrevistados nos seus locais de trabalho entre agosto de 2015 e maio de 2017.

Para entrevista foi elaborado um roteiro semiestruturado, organizado em tópicos baseado nas categorias de análise para a regionalização da VS: planejamento/programação das ações; estratégias integradas de atuação para o enfrentamento de situações que exigem o compartilhamento da gestão; recursos financeiros e serviços de interesse disponibilizados no nível regional; integração das ações de VS e atenção básica em nível regional; papel da instância estadual; papel da Comissão Intergestores Regional (CIR); papel da VS na condução da rede de atenção à saúde na região. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o sigilo e anonimato dos envolvidos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Utilizou-se a análise temática de conteúdo com a codificação da informação em categorias. Para dar sentido ao material estudado, a análise envolveu uma etapa de pré-análise, abrangendo a escolha do material, a formulação de hipóteses, objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados; a análise do material, que consistiu na codificação, categorização e quantificação da informação; e o tratamento dos resultados que envolveu procedimentos diversos. Após a leitura das transcrições, foram identificados fatos ou informações que se relacionaram com categorias analíticas descritas, considerando as convergências e divergências nos discursos dos entrevistados sobre as regiões de saúde. Os dados relevantes foram inseridos e ordenados em uma matriz de análise (Minayo, 2010; Bardin, 2011).

Conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com o número de protocolo 071/2015.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da percepção dos gestores estaduais da VS entrevistados, protagonistas do processo de regionalização na região de saúde, foi elaborada a matriz abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 – Convergências e divergências temáticas referentes ao processo de regionalização da Vigilância em Saúde (VS), segundo a percepção de gestores estaduais da VS

<b>Categoria analítica</b>	<b>Convergências</b>	<b>Divergências</b>
Planejamento/programação das ações da VS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância do planejamento ascendente das ações de VS, com a participação ativa da instância regional.</li> <li>• A programação das ações de VS não pode estar desconectada do Plano Estadual de Saúde e da Programação Anual de Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento de que a regionalização ainda não se efetivou</li> <li>• A VS monitora periodicamente a execução das ações programadas, como também indicadores de desempenho definidos por sua gestão.</li> </ul>
Estratégias integradas de atuação para o enfrentamento de situações que exigem o compartilhamento da gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de práticas integradas de atuação e compartilhamento da gestão por parte do estado (nível central e regionais) e municípios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias de atuação conjunta somente em função de demandas específicas e pontuais.</li> </ul>
Recursos financeiros e serviços de interesse da VS disponibilizados no nível regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apesar da deficiência de instruções normativas que regulem o financiamento regional, a alocação/repasso dos recursos do nível central é diretamente influenciada pelas instâncias regionais.</li> <li>• Dificuldade das Secretarias Estaduais em executar o recurso disponível, devido a questões burocráticas e administrativas, tais como licitações.</li> <li>• Existência de ações e serviços de interesse da VS disponibilizados em escala regional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O recurso destinado à instância regional é suficiente para executar as ações programadas.</li> </ul>
Integração das ações de VS e Atenção Básica em nível regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A integração das ações de VS e atenção básica em nível regional contribui positivamente com o planejamento de ações regionalizadas, com a otimização de recursos e encaminhamento efetivo dos</li> </ul>	

	<p>problemas de saúde e de suas soluções.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A integração figura como um dos principais desafios do sistema de saúde.</li> </ul>	
Papel da instância estadual e da CIR na regionalização da VS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os estados são protagonistas do processo.</li> <li>• Dificuldade de legitimação da CIR como locus de governança regional da VS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição de uma estratégia para o fortalecimento da instância regional.</li> </ul>
Papel da VS na condução da rede de atenção à saúde na região	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para que a integração da VS às redes de atenção à saúde seja efetiva, é necessário que a indução aconteça no nível estratégico da gestão.</li> <li>• Os gestores da VS reconhecem a necessidade de que a inserção e atuação da vigilância seja transversal à discussão das redes de atenção.</li> <li>• Porém esse reconhecimento ainda não é uma realidade por parte dos demais atores do sistema de saúde, a exemplo da atenção à saúde.</li> </ul>	

Elaboração: próprios autores

### **Planejamento/programação das ações da VS em nível regional**

Os gestores reconheceram a importância do planejamento ascendente das ações de VS, com a participação ativa da instância regional, que é “o braço no estado mais próximo dos municípios” e apontaram que essas ações não podem estar desconectadas do Plano Estadual de Saúde e da Programação Anual de Saúde, os quais retratam a política de saúde e o planejamento das ações no estado. No entanto, em um estado que enfrenta dificuldades no processo de planejamento/programação com a inserção do nível regional, um gestor comenta:

*“Nunca tivemos uma divisão em regionais totalmente efetiva. Até pelas próprias características do estado. Nós temos o estado, digamos, de dimensões continentais e municípios idem. E isso, conseqüentemente, dificulta muito esse processo. Há sim uma certa discussão a nível de regional, é exatamente no que diz respeito ao planejamento de cada área. Mas essa discussão, digamos, não contempla a regional como todo e sim sempre a necessidade em função das especificidades municipais, da gente realmente ter um planejamento direcionado aos municípios [...] a gente tem que*

*trabalhar muito com foco na realidade municipal de cada município que compõe essas regionais. Até porque a regional aqui no estado ela funciona mais como uma questão de referência para a atenção à saúde”. (Gestor 5)*

Esse relato corrobora os achados de Viana e Lima (2011), ao investigar a regionalização nos estados brasileiros no período de 2007 a 2010. O estudo mostrou que a implementação da regionalização é dependente do contexto estadual e das regras mais gerais que conformam a política, sendo influenciado pela direção que se deseja imprimir ao processo.

Apesar do reconhecimento acerca da importância do planejamento das ações de VS por parte da maioria dos gestores entrevistados, apenas um relatou que a VS em seu estado monitora periodicamente a execução das ações programadas, como também indicadores de desempenho definidos pela gestão.

*“A gente monitora a cada reunião de colegiado, que é semanalmente, a gente monitora uma parte dessas prioridades. De modo que, pelo menos uma vez por mês, cada prioridade dessa seja monitorada a partir do que foi planejado. Também aqui a gente faz um monitoramento de indicadores de desempenho da gestão de Vigilância em Saúde”. (Gestor 2)*

A trajetória de desenvolvimento da VS no SUS sugere caminhos para uma avaliação sistemática de seu desempenho (Silva Junior, 2004; Costa et al., 2015; Albuquerque et al., 2017) e para iniciativas locais de monitoramento qualificado capazes de melhorar a performance da VS (Hartz, 2013). Assim, o processo avaliativo da vigilância nos territórios deve construir pontes teórico-práticas entre as abordagens e a metodologia utilizada, ponderando sobre sua coerência e efetividade em relação aos princípios do SUS e das políticas e agendas promotoras da saúde, com a valorização do empoderamento local (Gallo; Setti, 2012).

### **Estratégias integradas de atuação para o enfrentamento de situações que exigem o compartilhamento da gestão**

Um outro núcleo de significação que emerge na fala dos gestores refere-se à prática integrada de atuação e compartilhamento da gestão por parte do estado (nível central e regionais) e municípios. Os entrevistados apontaram a existência de grupo técnico (Gestor 1)

e reuniões mensais (Gestores 2 e 4) como estratégia para viabilizar a atuação compartilhada. O Gestor 2 exemplificou essa prática após a identificação da necessidade nas reuniões:

*“Um exemplo é [...] o controle do vetor do Aedes aegypti. É uma ação que é feita em parceria. O UBV pesado, por exemplo, fica com o nível central. O nível central é que avalia o município e vê se ele tem condições de receber o UBV Pesado [...] junto com a Geres (Gerência Regional de Saúde) [...] O inseticida das bombas costais fica na Geres, então o município precisando, é a Geres quem se responsabiliza para ir ao município. O controle mais da visita do agente de endemias, aí é com o município. Ele é quem vai, quem coloca o larvicida, então é uma ação compartilhada entre os três níveis de gestão”.* (Gestor 2)

No entanto, os outros gestores afirmaram que, nos seus estados, a discussão de estratégias conjuntas acontece para demandas específicas e pontuais, em função de situações momentâneas:

*“Então às vezes o ‘fogo’ faz com que a gente se integre, às vezes faz com que a gente se distancie”.* (Gestor 6)

Entende-se que a regionalização cooperativa conseguirá resolver alguns problemas gerados pela descentralização autárquica (unilateral, sem cooperação entre os entes) (Pestana; Mendes, 2004), ao criar ações sinérgicas entre os gestores com maior compartilhamento de responsabilidades, ainda que, na prática, as questões relativas ao financiamento do sistema e à infraestrutura da rede de serviços sejam prioritárias na agenda da gestão, constituindo-se num entrave ao pleno estabelecimento do processo de regionalização (Fleury et al., 2010; Dourado; Elias, 2011; Lima et al., 2012).

### **Recursos financeiros e serviços de interesse da VS disponibilizados em nível regional**

Um dos desafios para o avanço do processo de regionalização da VS é a ausência de instruções normativas que regulem o financiamento regional (Albuquerque et al., 2017). Os gestores expressaram que, apesar dessa deficiência, a alocação/repasso dos recursos do nível central é diretamente influenciada pelas instâncias regionais.

*“No planejamento, que é onde se define e que norteia a aplicação do recurso, as prioridades e a alocação do recurso, onde vai ser o maior número de investimento, a gente não tem a menor dúvida que eles influenciam porque eles é que vão ajudar a*

*Secretaria a definir onde está a maior carência, onde a Vigilância precisa mais de sustentação financeira”. (Gestor 4)*

Quando questionados sobre a suficiência desses recursos, o posicionamento dos gestores foi divergente, destacando como dificuldade maior a execução financeira do recurso por parte das secretarias estaduais, devido a questões burocráticas e administrativas, a exemplo das licitações.

A existência de ações e serviços de interesse da VS disponibilizados em escala regional pode ser vista como indutora da regionalização (Brasil, 2009). A presença de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) (Gestor 1 e 6), laboratórios regionais (Gestor 1, 2 e 6), serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade para doenças e agravos de interesse à VS (Gestor 2 e 6), câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos (Gestor 1, 2 e 4) e centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos e inseticidas (Gestor 2 e 4), podem potencializar o processo de regionalização da VS.

Entretanto, alguns gestores (Gestor 1 e 5) discordam dessa necessidade, apontando para maior responsabilidade do nível municipal no provimento desses serviços:

*“Como, a princípio, as ações na Vigilância em Saúde são descentralizadas, os municípios deveriam dar conta das suas ações”. (Gestor 1)*

Apesar disso, todos os gestores concordaram que a oferta de ações e serviços em escala regional contribui com a integralidade e com a ampliação do acesso ao sistema de saúde. Ao se reconhecer que municipalização não foi capaz de proporcionar a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, nem a formação de arranjos mais cooperativos na saúde (Teixeira; Solla, 2015), a regionalização passou a ser priorizada como macroestratégia organizativa do sistema de saúde brasileiro (Albuquerque et al., 2017).

*“Não tem outro jeito. Essa é a única forma que a gente vai poder realmente chegar mais próximo e estar junto e conseguir resolver os problemas de uma forma muito mais coerente. [...] Imagine, eu tenho uma equipe aqui [...] ainda [...] fazendo execução [...] o tamanho que nós temos, a diferença geográfica que a gente tem, ter que sair daqui pra executar, planejar e fazer tudo pro estado, a equipe aqui?” (Gestor 6)*



Assim, para que a regionalização de ações e serviços de saúde seja consolidada, o desenvolvimento das relações intergovernamentais deve ser considerado, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados (Dourado; Elias, 2011).

### **Integração das ações de VS e Atenção Básica em nível regional**

Os entrevistados enfatizaram que integração das ações de VS e atenção básica em nível regional contribui positivamente com o planejamento de ações regionalizadas, com a otimização de recursos e encaminhamento efetivo dos problemas de saúde e de suas soluções. Porém, percebe-se nas falas que essa integração ainda figura como um dos principais desafios do SUS (Santos; Mello; 2008; Barbosa et al., 2010).

*“Não dá pra pensar, por exemplo, a estratégia saúde da família sem as ações de vigilância. Sem a execução de ações de vigilância. Porque existe muito ainda essa fala de que as ações de vigilância são executadas por pessoas que trabalham na vigilância e isso não é verdade. Vigilância a gente tem desde a atenção primária até o hospital. Então não dá mais pra ter esse pensamento. Então eu acho que essa integração era fundamental pra que muita coisa desse certo. Inclusive, que a gente conseguisse desafogar muito as emergências, que a gente conseguisse acabar com a superlotação dos hospitais. Eu acho que se essa integração se desse na ponta mesmo, onde tem que dar lá na atenção básica, eu acho que a gente conseguiria muitos avanços”. (Gestor 2)*

A ação integrada necessita ser planejada e executada de forma horizontal, aglutinando o saber dos sujeitos considerando as singularidades da prática de cada um, na perspectiva de construir propostas e ações coerentes com as necessidades da população (Santos; Mello, 2008).

### **Papel da instância estadual e da CIR na regionalização da VS**

Os discursos apontaram para os estados como protagonistas do processo de regionalização da VS. O Gestor 4 enfatizou que o nível estadual *“é o condutor da política de regionalização. [...] Ele que deflagra, ele que articula, ele que [...] prepara todo o arcabouço legal para que isso aconteça. Que aconteça todo processo de regionalização em todas as instâncias. Ele que envolve os municípios. Se o estado não se movimentar pra isso, a regionalização não acontece. Ele é o indutor”*.

Apesar de reconhecer a importância do âmbito estadual, apenas um entrevistado mencionou a existência de uma estratégia para o fortalecimento da instância regional, a qual contemplava ações de estruturação, a exemplo da contratação de apoiadores institucionais, repasse regular de recursos financeiros e aquisição de veículos; e de qualificação, por meio de um plano de formação continuada dos profissionais a partir das necessidades locais.

Um estudo realizado por Vargas et al. (2014), ao analisar a regionalização no Brasil, concluiu que esse processo apresenta baixa implantação e desenvolvimento, pois depende de responsabilidades complexas da entidade regional e da fragilizada co-responsabilização dos níveis estadual e federal. Isso porque o processo de regionalização vem se associando, em cada estado, à dinâmica socioeconômica, às políticas de saúde anteriores, ao grau de articulação existente entre os diferentes atores e sua capacidade de gerar consensos sobre a divisão de responsabilidades gestoras e desenhos regionais adotados (Reis; Cesse; Carvalho, 2010). Entende-se, portanto, que a capacidade de articulação do gestor estadual em promover o envolvimento dos atores e gerar o sentimento de pertencimento regional é uma tarefa complexa, mas crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa (Lima et al., 2012).

No que se refere à CIR, é notório que existe uma fragilidade na participação da VS, com presença esporádica e geralmente voltada para as ações de controle de vetores ou discussão de repasses e recursos financeiros. Essa instância de pactuação e cogestão ainda encontra dificuldade de ser legitimada como locus de governança regional da VS. Ao propor essa problematização, o intuito não é anular o papel da CIR no processo de regionalização da VS, mas destacar que essa fragilidade pode comprometer o fortalecimento da VS nesse âmbito de atuação regional. O aprendizado institucional fruto da dinâmica de participação na CIR fortalece a gestão intergestores e se apresenta como importante componente para construção do processo de regionalização (Santos; Giovanella, 2014).

### **Papel da VS na condução da rede de atenção à saúde na região**

*“Trazer informação, dados. Subsidiar informação, ajudar o diagnóstico. E a outra seria a própria execução de algumas ações”.* (Gestor 1)

A VS é responsável pela informação para a ação e por intervenções que reduzam riscos e promovam a saúde nos territórios, integrada às redes de atenção à saúde, um de seus principais desafios na atualidade. Assim, é imperativo que a vigilância se reconheça na

agenda da determinação social da saúde, produzindo conhecimentos e práticas intersetoriais (Franco Netto et al., 2017).

Porém, segundo relato dos entrevistados, para que essa integração às redes seja efetiva, é preciso que a indução aconteça no nível estratégico da gestão.

*“Eu penso que a diretriz, a indução tem que partir do nível estratégico da Secretaria. Pra poder trabalhar e trazer a Vigilância para junto das redes. Para fazer parte, de alguma maneira, das redes. Porque a Vigilância, por si só, não consegue ‘startar’ um processo dessa natureza. Agora, ela pode entrar como partícipe do processo”.*  
(Gestor 4)

Um avanço pode ser percebido **a** medida que os gestores da VS reconhecem a necessidade de que a inserção e atuação da vigilância seja transversal à discussão das redes de atenção, ainda que os envolvidos na atenção nem sempre considerem assim. Isso pode se dever ao fato de que o contra discurso dos profissionais da assistência seja mais forte em relação aos da vigilância.

*“Pra gente que faz a vigilância é muito claro a importância da vigilância ser transversal a toda essa discussão das redes. Mas é muito interessante como na prática quem é da atenção à saúde não consegue captar muito e ver essa [...] importância! [...] Como é que cabe? Como é que vai caber a vigilância nessa discussão de redes se a gente tá falando em maternidade. [...] De onde é que a gente vai ter maternidade no estado, onde é que não vai ter? Onde é que vale a pena ter? Como é que vai se constituir essa rede?”* (Gestor 2)

A publicação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, aponta para necessidade de inserção das ações de VS em todas as instâncias e pontos da rede de atenção do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção (Brasil, 2018).

Essa Política destaca como estratégias para organização da VS a regionalização das ações e serviços articulados com a atenção em saúde no âmbito da região de saúde; processos de trabalho integrados com a atenção à saúde, que devem considerar o planejamento integrado da atenção como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta; e a inserção da VS na rede de atenção, que deve contribuir na identificação de

riscos e situações de vulnerabilidade. Com isso, espera-se que a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à VS alinhe-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade de suas ações sobre a determinação do processo saúde-doença (Brasil, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato dos gestores estaduais de VS entrevistados nesta pesquisa permitiu identificar que o processo de implementação da regionalização da VS no Brasil acontece de forma assimétrica, influenciado pelo sistema organizacional no qual se insere. Por meio das entrevistas, foi possível identificar convergências e divergências de concepções acerca das categorias de análise utilizadas, o que reafirma o tensionamento entre o que está instituído nas bases normativas e o que é operacionalizado no nível local.

Apesar da regulação da esfera federal por meio de normas e portarias, o processo instituído de regionalização da VS esbarra em contextos locais, cujo enfoque operacional ainda é marcado pela busca de soluções municipais para problemas regionais. E mesmo com os avanços, a exemplo da publicação da PNVS, e esforços dos gestores do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), a regionalização ainda não se encontra efetivamente na agenda prioritária da instância estadual, a não ser no que se refere à organização assistencial dos serviços.

A abordagem utilizada demonstrou que, se por um lado, os estados figuram como protagonistas do processo de regionalização da VS, por outro, a existência de estratégias e mecanismos para o fortalecimento do nível regional ainda é escassa. Ressalta-se que o aprimoramento de processos de planejamento ascendente e de práticas de monitoramento e avaliação com a participação ativa dos atores regionais podem apontar um caminho para a regionalização cooperativa, uma vez que o âmbito regional não é um novo ente político, mas dependente da capacidade e da solidariedade das três esferas de governo.

A apropriação de espaços de pactuação e cogestão, como é o caso da CIR, ainda é um desafio para consolidação da regionalização da VS, especialmente pela pouca participação da vigilância nas pautas de discussão, frequentemente permeada por questões referentes à oferta insuficiente de serviços, majoração dos salários e procedimentos (particularmente de médicos); superlotação em hospitais; Estratégia Saúde da Família pouco resolutiva, entre outros (Santos; Giovanella, 2014). No entanto, é necessário não perder de vista a

compreensão que a CIR representa um mecanismo potente para legitimar relações de corresponsabilidade.

Identifica-se na fala dos gestores um discurso coerente com os resultados de pesquisas que investigaram a integração das ações de VS e atenção básica no nível local (Santos; Mello; 2008; Barbosa et al., 2010). O reconhecimento de que essa integração propicia uma maior efetividade na solução dos problemas de saúde e a otimização de recursos, acompanha a constatação de que este é um dos principais desafios do sistema. Concomitantemente, destaca-se o importante papel da VS na identificação de riscos e situações de vulnerabilidade, uma vez inserida na rede de atenção à saúde. No entanto, a dificuldade em reconhecer o lugar de atuação da vigilância nessa discussão de redes também é apontada pelos entrevistados como um desafio a ser superado.

A inexistência de normativas que regulem o financiamento regional pode ser considerada um gargalo para o avanço do processo de regionalização da VS. No entanto, a efetivação da regionalização pressupõe laços cooperativos interinstitucionais e compromisso político que transcendam o atendimento a preceitos legais e normativos. Em síntese, isso exigirá um esforço no sentido de obter uma maior precisão quanto ao papel de cada ente federativo na organização do SNVS regionalizado, particularmente o papel do estado no direcionamento do processo de regionalização e na identificação dos entraves que impedem sua consolidação.

Ainda que as convergências identificadas nas falas dos gestores entrevistados apontem para um caminho de implementação da regionalização da VS, as contradições entre o legitimado como desejável e o instituído como prática representam limites concretos de efetivação da regionalização, não só no sentido político-institucional, mas também definidas pelos sentidos que os agentes verbalizam e reproduzem em práticas de saúde.

**Contribuição dos autores:** Albuquerque concebeu e planejou o estudo, levantou, analisou e interpretou os dados e redigiu o artigo. Cesse colaborou na redação, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Felisberto, Samico e Frias participaram da concepção e planejamento do estudo e colaboraram na redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Silva participou do levantamento e análise dos dados e colaborou na redação do artigo.

**REFERÊNCIAS**

ALBUQUERQUE, A. C. et al. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17, supl. 1, p. S135-S151, 2017.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

BARBOSA, M. C. L. et al. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de saúde da família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 4, p. 347-354, 2010.

BARDIN, L. (Org.). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 jul. 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para o processo de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 ago. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023\\_18\\_08\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html)>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 mar. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 ago. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708\\_16\\_08\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html)>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203p.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p. 417-442.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017.

COSTA, J. M. B. S. et al. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1141-1163, 2015.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FRANCO NETO, G. et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3137-3148, 2017.

GALLO, E.; SETTI, A. F. F. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de Agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1433-1446, 2012.

HARTZ, Z. Do Monitoramento do Desempenho ao Desempenho do Monitoramento: Novas Oportunidades para Avaliação na Gestão da Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: NORONHA, J. C.; Pereira, T. R. (Org.). *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, vol. 3, p. 73-139.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LINS, A. M.; CECILIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

MINAYO, M. C. S (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde e debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p. 255-267, 2015.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. S1819-S1829, 2007.

REIS, Y. A. C.; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 1, p. S157-S172, 2010.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-1932, 2008.

SILVA JUNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 504.

VARGAS, I. et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2014.

VIANA, A. L. A. et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A (Orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 471-488.

VIANA, A. L. A. et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17, supl. 1, p. S27-S43, 2017.

VIANA, A. L. A. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra-capas, 2011.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.



## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A legislação brasileira vigente compreende a VS como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados com a saúde, articulando saberes e práticas relativas às vigilâncias: epidemiológica, ambiental, do trabalhador e sanitária, com vistas à implementação de políticas públicas de promoção da saúde, proteção, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2013). Esse conceito reflete as proposições do movimento da Reforma Sanitária Brasileira voltado para a transformação do modelo de atenção à saúde nas décadas de 1970 e 1980, que foram sendo ressignificadas, nem sempre de forma consensual, quanto à necessidade de reorganização da VS na perspectiva de um sistema de saúde universal, integral e equânime (BRASIL, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Dentre as transformações observadas ao longo do processo de reorganização da VS no Brasil, destaca-se a regionalização das ações e serviços, estratégia priorizada pela PNVS, lançada em 2018 (BRASIL, 2018). No entanto, apesar da publicação dessa Política, é possível perceber a existência de um descompasso entre ela e a prática instituída, especialmente devido ao fato de a municipalização ter sido priorizada e induzida pela instância nacional, com a criação de mecanismos mais estáveis e aumento dos recursos disponíveis, por meio da transferência fundo a fundo de recurso do nível federal para o nível municipal, nos anos de 1990 (BRASIL, 1999a; SILVA JUNIOR, 2004).

Diante do desafio de estabelecer um sistema de VS mais efetivo, em particular nas regiões de saúde, pelo insuficiente acúmulo gerencial para esse nível organizacional (OLIVEIRA; CRUZ, 2015), nesta tese, foi proposta uma metodologia para a avaliação do desempenho da regionalização da VS (artigo 1); posteriormente aplicada em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento (artigo 2), selecionadas tomando como base a tipologia desenvolvida por Viana e colaboradores (2015), que adotaram a análise de *cluster* para desenvolvimento socioeconômico e a oferta e complexidade dos serviços de saúde no contexto regional como condições estruturais de regionalização; por fim, descreveu-se a percepção de gestores estaduais da VS quanto ao processo de implementação e aos desafios da regionalização da VS nas regiões selecionadas.

No Brasil, o desempenho no setor saúde ainda é pouco explorado, especialmente no que tange à VS (COSTA *et al.*, 2015). Alguns estudos (SILVA JUNIOR, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2015) avaliaram o desempenho da VS a partir de conceitos e

abordagens diversas, trazendo à tona a discussão do desempenho nesse subsistema do SUS. No entanto, nenhum deles adotou a perspectiva regional. A diversidade de estratégias e modelos utilizados demonstram a busca por abordagens adequadas para avaliação do desempenho da VS considerando seu estágio de desenvolvimento e as necessidades mais imediatas (COSTA *et al.*, 2015).

Refletir sobre o desempenho, identificando um modelo de avaliação com um maior potencial explicativo e adequado à realidade da regionalização da VS, ainda é um desafio. Esses aspectos foram considerados essenciais e permearam o desenvolvimento dos estudos supracitados. A proposição de uma metodologia para avaliar o desempenho da regionalização da VS, segundo as dimensões Política, Estrutura e Organização, as quais são caracterizadas pelos condicionantes da dinâmica regional da saúde, mostrou-se apropriada, especialmente porque permitiu identificar potencialidades e fragilidades que podem influenciar diretamente na atuação da VS em nível local, e apontou para diferenças importantes entre as dimensões, as quais parecem ser influenciadas por processos distintos.

Os resultados do estudo apresentado no artigo 1 explicitaram alguns desafios, mas, além deles, sabe-se que o processo de regionalização vem se associando, em cada estado, à dinâmica socioeconômica, às políticas de saúde anteriores, ao grau de articulação existente entre os diferentes atores e sua capacidade de gerar consensos sobre a divisão de responsabilidades gestoras e desenhos regionais adotados (LIMA *et al.*, 2012a).

A avaliação de desempenho da regionalização da VS em seis regiões de saúde no Brasil realizada e apresentada no artigo 2 demonstrou que quanto maior o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços na região de saúde, melhor o desempenho da regionalização da VS, como também que as dimensões Organização e Política alcançaram melhores escores, enquanto a Estrutura apresentou maior fragilidade. A exceção se deveu à região de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, que apresentou resultado insatisfatório em todas as dimensões. O desempenho insatisfatório dessa região, apesar da tipologia, decorre possivelmente do contexto local. Há evidências de que a região amazônica requer intervenções complexas e que estas são particularmente sensíveis aos contextos organizacionais em que se inserem com repercussões sobre o seu nível de implantação e desempenho (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

A análise do desempenho da regionalização da VS apresentada retratou a complexidade de contextos de diferentes regiões brasileiras, o que pode contribuir para o

entendimento da dinâmica da regionalização da VS no país. Explicitou suas concepções e práticas de gestão, suscitando a necessidade de investimentos adicionais para sua estruturação e produção de normativas que balizem o compartilhamento de atribuições, recursos humanos e materiais na região de saúde, bem como de fontes de financiamento regional para potencializar as ações. Novos estudos mostrarão impasses, desafios e saídas desse novo ciclo do SUS, mas é certo que suas debilidades são claras e apontam para a necessidade de lideranças institucionais, a serem exercidas pelos estados; políticas públicas mais efetivas; ambientes organizacionais voltados para cooperação e arranjos de participação e controle social, sem os quais a consolidação da regionalização não será viável ou possível (VIANA *et al.*, 2018).

A concepção de que a gestão estadual figura como uma liderança institucional do processo de regionalização na região de saúde suscitou a necessidade de conhecer a percepção desses gestores quanto ao processo de implementação e aos desafios da regionalização da VS nas regiões selecionadas, objetivo do artigo 3. Vargas e colaboradores (2014), ao analisar a regionalização no Brasil, concluíram que esse processo apresenta baixa implantação e desenvolvimento, pois depende de responsabilidades complexas da entidade regional e da fragilizada corresponsabilização dos níveis estadual e federal. Portanto, entende-se que a capacidade de articulação do gestor estadual em promover o envolvimento dos atores e em provocar o sentimento de pertencimento regional é uma tarefa complexa, mas um fator crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa (LIMA *et al.*, 2012).

O relato dos gestores estaduais de VS entrevistados no estudo apresentado no artigo 3 permitiu identificar que o processo de implementação da regionalização da VS no Brasil vem se dando de forma assimétrica, diretamente influenciado pelo sistema organizacional no qual se insere. Apesar da regulação da esfera federal por meio de normas e portarias, o processo instituído de regionalização da VS esbarra em contextos locais, cujo enfoque operacional ainda é marcado pela busca de soluções municipais para problemas claramente regionais. Além disso, mesmo com os avanços, a exemplo da publicação da PNVS, a regionalização ainda não se encontra efetivamente na agenda prioritária da instância estadual, a não ser no que se refere à organização assistencial dos serviços.

As práticas no campo da VS se inserem em um Estado que é modificado pela correlação de forças históricas e sociais, e essa não é uma questão somente de âmbito gerencial, mas também federativa e de coordenação do trabalho. Essa questão coloca no

centro do debate os modos de organização do trabalho, as competências e estratégias de intervenção, no sentido de ultrapassar os desafios na direção do melhor funcionamento do SNVS (OLIVEIRA; CRUZ, 2017). Assim, os achados dos três artigos que compõem esta tese apontam para a necessidade do estabelecimento de um projeto político que assuma efetivamente a regionalização do SUS como uma estratégia para a reorganização do cuidado em saúde nas suas várias dimensões, assim como de pesquisas futuras que avancem na proposição de estratégias que contribuam para o aprimoramento da gestão da VS no Brasil.

O presente estudo permitiu descrever o contexto histórico e o percurso normativo da descentralização no Brasil, desde o processo de municipalização até a regionalização. Também foi possível compreender como se deu a construção da VS, seus conceitos e aplicabilidades decorrentes do contexto social diverso e complexo das sociedades modernas, o qual exige constantes inovações dos modelos de vigilância; e, ainda, discutir sobre concepções e aplicações da avaliação de desempenho, especialmente da VS, uma vez que não há consenso quanto à melhor abordagem para aferir o desempenho no campo da saúde.

Além disso, foi possível desenvolver uma metodologia para avaliar o desempenho da regionalização da VS, aplicá-la em seis regiões de saúde com diferentes níveis de desenvolvimento e descrever a percepção de gestores com relação à implementação e aos desafios da regionalização da VS nessas regiões, objetivos de três estudos descritos em formato de artigos.

Durante o desenvolvimento desta tese, foram realizadas diversas atividades de campo, tais como observações, aplicação de questionários e entrevistas com gestores, nas seis regiões de saúde selecionadas (V Diretoria Regional de Saúde de São Paulo; Região de Saúde do entorno de Manaus e Alto Rio Negro, Amazonas; Região de Saúde da Baixada Cuiabana, Mato Grosso; Região de Saúde 9 – Carbonífera/Costa Doce, Rio Grande do Sul; VIII Região de Saúde, Pernambuco; e Núcleo Regional de Saúde Norte, Bahia), o que proporcionou ao estudo uma perspectiva abrangente do contexto da regionalização da VS no país.

Também foi possível contar com a participação de uma rede de pesquisadores de 18 instituições, distribuídas por todo o Brasil, na elaboração do questionário utilizado, o qual ainda foi validado por um grupo de *experts*, formado por 15 profissionais da área da VS e 5 da avaliação em saúde. Diante das perguntas que esta tese se propôs a responder, as etapas supramencionadas foram fundamentais para alinhar conceitos e adequar o processo avaliativo.

É necessário destacar que este estudo apresentou algumas limitações. A escolha de avaliar o desempenho da regionalização da VS na amplitude do seu constructo em detrimento das especificidades de cada uma das vigilâncias (epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, ambiental) que a compõem permitiu uma análise global do desempenho, porém fragilizou a avaliação em profundidade de cada uma delas. Outrossim, a seleção dos municípios nas regiões de saúde a partir do critério de conveniência, ao priorizar aqueles com maior adesão à pesquisa e que receberam os pesquisadores nas datas propostas, pode ter sobrevalorizado o desempenho da VS. Por fim, a opção de entrevistar apenas gestores estaduais da VS deixou de contemplar a percepção de outros atores importantes no processo de implementação da regionalização da VS no Brasil, a saber, gestores municipais e federais, representações sociais etc.

No entanto, espera-se que as dimensões, atributos e indicadores propostos (artigo 1) possam ser utilizados em outros estudos, e que os resultados da avaliação de desempenho (artigo 2) e os relatos dos gestores estaduais (artigo 3) possam subsidiar inovações no sentido de qualificar o processo de regionalização da VS no Brasil. Do mesmo modo, almeja-se que estudos futuros possam descrever com mais detalhes as instituições, os atores e os processos envolvidos na regionalização da VS, uma vez que trata-se de um fenômeno complexo que consiste em inúmeras decisões tomadas por muitos indivíduos e organizações no interior no próprio governo, mas que também são influenciadas por outros atores que operam interna e externamente no Estado.

## REFERÊNCIAS

- AERTS, D. R. G. C.; ALVES, G. G.; FLORES, R.; BÓRIO, M.; SANGIOVANI, J. C. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. *Saúde em Debate*, v. 28, n. 68, p. 265-72, 2004.
- ALBUQUERQUE, A. C.; MOTA, E. L. A.; FELISBERTO, E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 861-873, 2015.
- ALBUQUERQUE, A. C.; CESSÉ, E. A. P.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I.; UCHIMURA, L.Y.T.; ESTIMA, N. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17, supl. 1, p. S135-S151, 2017.
- ALBUQUERQUE, A. C.; CESSÉ, E. A. P.; FELISBERTO, E.; SAMICO; FRIAS, P. G. Avaliação de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde em seis regiões de saúde brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, supl. 2, e00065218, 2019.
- ARAÚJO, C.; PINTO, E. M. F.; LOPES, J.; NOGUEIRA, L.; PINTO, R. *Estudo de Caso*. Janeiro de 2008, 25p. Trabalho Apresentado (Mestrado em Educação) – Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 2008.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out./dez. 2012.
- ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. *Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system*. 2000. Thesis (PhD in Health Services Studies) – The University of Leeds. Leeds, 2000.
- ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Revista de Ciências Sociais*, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.
- BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTAMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead: Open University Press, 2007, p. 22-43.
- BARBOSA, M. C. L.; COSTA, M. C.; TEIXEIRA, M. G.; MOTA, E. L. A.; PEREIRA, S. M. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de saúde da família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 19, n. 4, p. 347-54, dez. 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. – 2 reimpr. São Paulo: Edições 70, 2011, 279p.
- BERTOLOZZI, M. R.; FRACOLLI, L. A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 14-20, 2004.
- BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E.; FRIAS, P. G.; SAMICO, I.; ALMEIDA, C. K. A. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 25, n. 4, p.827-39, 2009.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.ceaid.com.br/lei\\_6259.pdf](http://www.ceaid.com.br/lei_6259.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999. Define os valores anuais per capita e por quilômetro quadrado, relativos aos recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças de cada um dos estratos previstos no art. 14 da Portaria MS no 1.399/99. Diário Oficial da União. 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.172/04, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [DOU] 2004 jun.17; Seção 1: 58-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Série Pacto pela Saúde 2006, v. 10, 60 p., 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 245, 23 de dezembro de 2009b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de junho de 2011a.

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde – Parte 1/. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011b. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 2013; 10 jul.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 1º Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2018a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). 2018b.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p.417-442.
- CERQUEIRA, E. M.; ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; LEITE, J. A. Vigilância epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p. 213-23, 2003.
- COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 2001, p. 307-21.
- COSTA, J. M. B. S. *et al.* Monitoramento do desempenho da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201- 1216, 2013.
- COSTA, J. M. B. S. *et al.* Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1141-1163, Dez. 2015.
- DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- DUARTE, M. S. *Avaliação do desempenho da Vigilância Epidemiológica nas regiões de saúde em Pernambuco no ano de 2012*. 2014. 81p. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife, 2014.
- DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, jun.2015.
- FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da vigilância à saúde: um horizonte para a integralidade. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 9, p. 422-427, 2009.
- FELISBERTO, E. Entrevista com Eronildo Felisberto (2015) In: Site Região e Redes. Disponível em: [ttp://www.resbr.net.br/o-principio-da-solidariedade-e-imperativo/#.WLWqfTsrLIU](http://www.resbr.net.br/o-principio-da-solidariedade-e-imperativo/#.WLWqfTsrLIU). Acesso em 27 fev. 2017.



FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRACOLLI, L. A.; FARIA, L. S.; PEREIRA, J. G.; MELCHIOR, R.; BERTOLOZZI, M. R. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 184-192, 2008.

FRANCO NETO, G. et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3137-3148, 2017.

FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADOLLA, J. L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPÚLVEDA, J. J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 97-123.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. A. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

JORDANA, J. As comunidades autônomas e a política de descentralização na Espanha democrática. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 213-238.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality: the case for tracers. *The New England Journal of Medicine*. Boston, v. 288, n. 4, p. 189-94, 1973.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LIKERT, R. Una Técnica para la Medicion de Atitudes. (A technique for the measurement of attitudes, *Arquives of Psychology*, n. 140, p. 1-50, 1932). In: LIKERT, R. Una Técnica para la Medicion de Atitudes. (A technique for the measurement of attitudes, *Arquives of Psychology*, n. 140, p. 1-50, 1932). In: WEINERMAN, C. H. Escalas de Medicionen Ciências Sociales. Buenos Aires: Nueva Vision, p.201-260. 1976.

LIMA, M. C. *Monografia: a engenharia da produção acadêmica*. São Paulo: Saraiva, 2004.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2881-2892, nov. 2012a.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. NORONHA, J.

C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012b. 1100 p.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. d'Á. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012c.

LIMA, L. D. *Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios para o financiamento e a coordenação federativa no SUS*. Seminário Internacional política, planejamento e gestão das regiões e redes de atenção à saúde no Brasil: sistemas universais, regionalização e impasses contemporâneos. São Paulo, 2015. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiMmqnAnLHSAhWCG5AKHRcsDvcQFgg2MAQ&url=http%3A%2F%2Fseminario.resbr.net.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F02%2FMesa-6-Luciana-Dias-de-Lima.pptx&usq=AFQjCNG0CDBu3QnU5nRTpKY\\_sOWg7Y-fEQ](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiMmqnAnLHSAhWCG5AKHRcsDvcQFgg2MAQ&url=http%3A%2F%2Fseminario.resbr.net.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F02%2FMesa-6-Luciana-Dias-de-Lima.pptx&usq=AFQjCNG0CDBu3QnU5nRTpKY_sOWg7Y-fEQ).

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

MELO, A. C. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? *São Paulo em Perspectiva*, v. 10, n. 3, p. 11-20, 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, aug.2010.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 929-36, 2009.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington DC: OPAS; 2010

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Organización Panamericana de la Salud, feb. 1964. (Publicación Científica, 93).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011. 111 p.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. *The Brazilian health system: history, advances and challenges*. London: Lancet, may. 2011.

- PAIVA, D. K. T. T. *Avaliação de desempenho da Vigilância Epidemiológica em uma regional de saúde no estado de Pernambuco*. 2013. 120 p. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife, 2013.
- SAMPAIO, J.; ARAUJO JUNIOR, J. L. Análise de políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul/set, 2006.
- SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 13, n. 6, p. 1923-32, 2008.
- SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M.; COSTA, H. O. G.; TANAKA, O. Y.; RAMOS, F. M.; SANTANA, M. C. C.; TRINDADE, B. G. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 17, n. 4, p. 873-882, 2012.
- SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.
- SILVA JUNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. 318 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.
- SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.; VILASBÔAS, A. L. SUS modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2 p. 8 – 28, 1998.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.18 (Suplemento), p.153-162, 2002.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.
- TEIXEIRA, G. M. *et al.* Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington, v. 32, n. 1, p. 49-55, 2012.
- TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N. Vigilância Epidemiológica: Políticas, Sistemas e Serviços. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.
- TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; SOUZA, L. P. F.; NASCIMENTO, E. M. R.; BARRETO, M. L.; BARBOSA, N. *et al.* Evaluation of Brazil's public health surveillance

system within the context of the International Health Regulations (2005). *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 32, n. 1, p. 49-55, jul. 2012.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book, 2014, p. 287-302.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K.; PENNA, G. O. Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1811-1818, 2018.

VARGAS, I.; MOGOLLÓN, P. A. S.; UNGER, J. P.; DE PAEPE, P.; VÁZQUEZ, M. L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. [internet]. *Health Policy Plann*, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2014.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562.

VIANA, A. L. A.; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G.; RODRIGUES, S. H. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A (Orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 471-88.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p.493-507, 2002.

VIANA, A. L. d'A. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23 (Suppl.2), p. 117-131, 2007.

VIANA, A. L. d'A.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. d'A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: contra-capas, 2011.

VIANA, A. L. d'A. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, jun. 2015.

VIANA, A. L. d'Á.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A.; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R.; MOURÃO, L. *et al.* O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões

Política, Estrutura e Organização. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17(Suppl. 1), p. S27-S43, 2017.

VIANA, A. L. d'A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G.A.; DE NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M.G. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1791-1798, 2018.

WALDMAN, E. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 8-26, 1998.

WALDMAN, E. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 487-528.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO**

## EFICÁCIA E EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE NAS REGIÕES E REDES – 2015

QUESTIONÁRIO  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VS

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

1. Cargo  Código 2. Nome 3. Instituição / Órgão 4. Endereço da Instituição / Órgão Telefone(s) E-mail(s) 5. Formação Estado (UF) da formação mais elevada 6. Tempo de vínculo na Instituição     
Anos Meses Dias7. Vínculo atual  1. Concursado  3. Celetista  5. Outro. Qual?  
 2. Cargo comissionado  4. Contrato temporário8. Sexo  1. Masculino  2. Feminino9. Idade   anos completos

## CONTROLE DA ENTREVISTA

Região (nome)  Código Município  Código Estado  Código Nome entrevistador Nº do Questionário Data da entrevista     
Dia Mês Ano





**QUESTIONÁRIO  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**VS**

**POLÍTICA**

**Espaços de Negociação, Decisão e Conflito da Vigilância em Saúde (VS)**

**P.44. Qual instituição é a principal organizadora da Vigilância em Saúde (VS) na região?**

*Ler as alternativas e marcar com X apenas uma.*

- 1 Secretaria Estadual de Saúde (nível central)
- 2 Estrutura regional da Secretaria Estadual de Saúde (Diretoria regional de saúde, núcleo regional, etc.)
- 3 Secretaria Municipal de Saúde
- 4 Estabelecimento prestador de serviço de saúde. Qual? \_\_\_\_\_
- 5 Universidade. Qual? \_\_\_\_\_
- 6 Outra Instituição. Qual? \_\_\_\_\_
- 99 Não sabe

**P.45. Qual a importância dos seguintes órgãos para a tomada de decisões sobre a Vigilância em Saúde (VS) na região?**

*Ler as alternativas seguida da escala de importância e marcar somente uma resposta por alternativa.*

	Importância					
	Muito alta	Alta	Média	Baixa	Muito baixa	Não sabe
1 Secretaria Estadual de Saúde (nível central)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Estrutura regional da Secretaria Estadual de Saúde (Diretoria regional de saúde, núcleo regional, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Secretarias municipais de saúde de fora da região de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Secretarias municipais de saúde da região de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P.46. Qual a importância das seguintes instituições/organizações para a tomada de decisões sobre a Vigilância em Saúde (VS) na região?**

Ler as alternativas seguida da escala de importância e marcar somente **uma resposta** por alternativa.

	Importância					
	Muito alta	Alta	Média	Baixa	Muito baixa	Não sabe
1 Sindicatos ou associações corporativas/profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Organizações da Sociedade Civil (associações comunitárias, entidades de portadores de patologias, clubes de serviços, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Instituições acadêmicas (universidade, instituições de pesquisa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mídia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Empresas de consultoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P.47. Qual a importância dos seguintes espaços para a tomada de decisões sobre a Vigilância em Saúde (VS) na região?**

Ler as alternativas seguida da escala de importância e marcar somente **uma resposta** por alternativa.

	Importância					
	Muito alta	Alta	Média	Baixa	Muito baixa	Não sabe
1 Conselho de secretários municipais de saúde (COSEMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Comissão Intergestores Bipartite (CIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Comissão Intergestores Regional (CIR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Conselhos de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Consórcio intermunicipal de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Assembleia legislativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Câmaras de vereadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P.48. Na região, com que frequência nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) há discussões de temas da Vigilância em Saúde (VS)?**

Ler as alternativas e marcar com **X** apenas **uma**.

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca
- 99 Não sabe

**P.49. Com que frequência nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) há discussões de temas da Vigilância em Saúde (VS)?**

Ler as alternativas e marcar com X apenas **uma**.

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca
- 99 Não sabe

**ESTRUTURA**

---

**Capacidade Instalada**

---

**E.09. A capacidade instalada da Vigilância em Saúde (VS) na região é adequada às necessidades da população?**

- 1 Sim
- 2 Não
- 99 Não sabe

**E.10. Na região, a estrutura da Vigilância em Saúde (VS) é suficiente em relação a:**

Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: **Sim, Não ou Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Estrutura física (salas, mesas, cadeiras, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Veículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Computadores conectados à internet, impressoras e telefones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Material gráfico para divulgação das ações, programas e campanhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Impressos e normas (formulários, fichas de notificação e investigação, guias de vigilância)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Material de expediente (papel, caneta, perfurador, grampeador, tesoura, cola, calculadora, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E.11. Na região, com que frequência a Vigilância em Saúde (VS) mobiliza os apoios necessários para:**

Ler as alternativas seguida da escala de frequência e marcar somente **uma resposta** por alternativa.

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1 Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ações de vigilância da saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ações de promoção em saúde e de hábitos de vida saudáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Controle de riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Gestão dos sistemas de informação de vigilância em saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E.12. A Vigilância em Saúde (VS) na região conta com:**

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVEH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Registro de Câncer de Base Populacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ações do Projeto Vida no Trânsito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ações do Programa Academia da Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ações de Vigilância Sanitária dos riscos decorrentes da produção e uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos e inseticidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Disponibilidade de Recursos Humanos

E.24. Na região, a Vigilância em Saúde (VS) conta com recursos humanos suficientes nas seguintes categorias profissionais:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Médicos epidemiologistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sanitaristas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Inspetores sanitários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Codificadores de causa básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Agentes de endemias para as ações de campo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Digitadores para os sistemas de informação da VS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Outros profissionais de nível superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Outros profissionais de nível médio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.25. Na região, existe processo de formação continuada dos profissionais de Vigilância em Saúde (VS)?

Para a resposta **Sim**, perguntar quais os tipos de formações.

1 Sim → Indique os tipos de formações:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 Não

99 Não sabe

## Contratação de Recursos Humanos

E.33. Na região, são utilizadas as seguintes modalidades de contratação de pessoal para a Vigilância em Saúde (VS)?

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Organização Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fundação estatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Consórcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Empresa terceirizada/prestação de serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Estatutário municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Estatutário estadual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Estatutário federal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Cargo comissionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Contratado pela CLT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Contrato temporário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Projeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Recursos Financeiros**

---

**E.40. Qual é a participação relativa das esferas federal, estadual e municipal no custeio da Vigilância em Saúde (VS) na região?**

*Ler as alternativas seguida da escala de participação e marcar somente **uma resposta** por alternativa.*

		Participação relativa					
		Muito alta	Alta	Média	Baixa	Muito baixa	Não sabe
1	Federal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Estadual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E.41. Nos últimos três anos, qual o percentual de execução dos recursos do Piso Fixo e Variável da Vigilância e Promoção da Saúde (PFVVPS) na região?**

*Ler as alternativas e marcar com **X** apenas **uma**.*

- 1 Menos de 50%
- 2 Entre 50% e 75%
- 3 Entre 75% e 100%
- 4 100%
- 99 Não sabe

**E.42. Nos últimos três anos, o investimento para a Vigilância em Saúde (VS) na região:**

*Ler as alternativas e marcar com **X** apenas **uma**.*

- 1 Aumentou
- 2 Ficou igual
- 3 Diminuiu
- 99 Não sabe

---

**Bloco VI. Monitoramento e Avaliação dos Serviços**

---

**E.55. Cite até três instrumentos de planejamento dos serviços de Vigilância em Saúde (VS) na região:**

*Registrar um instrumento de planejamento por linha a, b, c.*

- a \_\_\_\_\_
- b \_\_\_\_\_
- c \_\_\_\_\_

**E.56. Na região, o desempenho da Vigilância em Saúde (VS) é avaliado por meio de indicadores?**

Para a resposta **Sim**, perguntar quais são os indicadores utilizados na avaliação.

1 Sim → **Quais são os indicadores de desempenho?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 Não

99 Não sabe

**E.57. Na região, com que frequência os resultados do monitoramento e avaliação da Vigilância em Saúde (VS) são utilizados para melhoria dos serviços?**

Ler as alternativas e marcar com **X** apenas **uma**. Se o entrevistado declarar que não há Monitoramento e Avaliação da VS, assinalar a alternativa **6**.

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca
- 6 Não há monitoramento e avaliação da VS na região
- 99 Não sabe

**E.58. Quem participa do processo de monitoramento e avaliação da Vigilância em Saúde (VS) na região?**

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não sabe**. Se o entrevistado declarar que não há monitoramento e avaliação da VS, marcar **Sim** na última alternativa e deixar as demais em branco.

	Sim	Não	Não sabe
1 Gestor estadual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Coordenador da Comissão Intergestores Regional (CIR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gestor municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Coordenador da VS Estadual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Coordenador da VS Regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Coordenador da VS Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Conselho Estadual de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Conselho Municipal de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Profissional da Atenção Primária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Não há monitoramento e avaliação da VS na região	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bloco VII. Traçadores de Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Tuberculose e Dengue**

**E.73. Na região, com que frequência são realizados os seguintes procedimentos relativos à vigilância da tuberculose?**

Ler as alternativas seguida da escala de frequência e marcar somente **uma resposta** por alternativa.

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1 Teste rápido para detecção de HIV em todos os casos diagnosticados de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Quimioprofilaxia nos comunicantes, quando necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Exames de baciloscopia em todos os casos suspeitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Antirretrovirais em casos de coinfeção TB/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Esquema básico para todos os casos confirmados de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E.74. Na região, com que frequência são garantidos os seguintes aspectos relativos à vigilância e controle dos casos de dengue?**

Ler as alternativas seguida da escala de frequência e marcar somente **uma resposta** por alternativa.

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1 Disponibilidade de exames de diagnóstico laboratorial (sorologia) no nível regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Insumos de controle vetorial (controle mecânico, químico e biológico do mosquito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Disponibilidade de medicamentos básicos para dengue (sais para reidratação oral, dipirona, paracetamol, soro fisiológico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Disponibilidade de impressos (protocolos de classificação de risco para dengue, Cartão de Acompanhamento do paciente com suspeita de Dengue, fichas, material educativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aquisição de EPI recomendados para a aplicação de inseticidas e larvicidas nas ações de rotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ORGANIZAÇÃO

### Planejamento da RAS, RUE, APS e VS

#### O.06. Para o planejamento da Vigilância em Saúde (VS) na região, foram considerados:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Critérios epidemiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Caracterização da população (perfil socioeconômico e demográfico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Caracterização das condições ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições de habitação, acesso a transporte, segurança e lazer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Dimensão e distribuição da rede de serviços de assistência à saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Resultados da avaliação das capacidades de respostas do Regulamento Sanitário Internacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Gestão da RAS, RUE, APS e VS

#### O.18. Existe coordenação formal da Vigilância em Saúde (VS) na região?

Para a resposta **Sim**, perguntar quem compõe o conselho gestor.

1 Sim →

#### Quem compõe o conselho gestor da VS?

Ler as alternativas e marcar com **X** todas com resposta afirmativa.

1 Gestor estadual

2 Gestor municipal

3 Prestador de serviços de saúde

4 Outra instância. Qual? \_\_\_\_\_

2 Não

99 Não sabe

#### O.19. Na Vigilância em Saúde (VS) na região, existe definição clara das atribuições / funções dos gestores:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Federal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Estadual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O.20. Na região, a gestão da Vigilância em Saúde (VS) tem garantido:**

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Fortalecimento da capacidade institucional (gestão de pessoas, monitoramento e avaliação, assessoria técnica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Articulação intra e intersetorial (entre os componentes da VS, atenção à saúde e outros setores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Produção de informação e comunicação (estudos epidemiológicos, coleta, processamento, análise, disseminação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Análise da situação de saúde (doenças transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis, saúde ambiental e saúde do trabalhador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aprimoramento da gestão financeira (alocação e execução)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O.21. A gestão da Vigilância em Saúde (VS) na região tem contribuído para:**

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Aprimoramento institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fortalecimento da gestão regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Fortalecimento das ações intersetoriais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Prevenção e controle de doenças e agravos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Promoção da saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Integração dos serviços de VS com outros setores na região	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O.22. Na região, foram definidas práticas e processo de trabalho voltados para:**

Ler as alternativas e marcar a resposta com um **X** no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Vigilância da situação de saúde da população (produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública (riscos com potencial de propagação que requerem resposta coordenada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Vigilância da saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Integração Sistêmica da RAS, RUE, APS e VS

O.32. Na região, as principais questões discutidas pela Comissão Intergestores Regional (CIR) sobre a atuação da Vigilância em Saúde (VS) são relativas a:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: **Sim**, **Não** ou **Não Sabe**.

	Sim	Não	Não sabe
1 Escopo de atuação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Articulação intra e interinstitucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Processo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Estratégias de atuação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Recursos humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Financiamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O.36. Na região, existe integração intrasetorial da Vigilância em Saúde (VS)?

Para a resposta **Sim**, perguntar quais são os instrumentos/mecanismos utilizados.

1 Sim → Indique os instrumentos/mecanismos utilizados na integração:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 Não

99 Não sabe

O.37. Na região, existe integração entre a Vigilância em Saúde (VS) e os demais serviços de saúde?

Para a resposta **Sim**, perguntar quais são os instrumentos/mecanismos utilizados.

1 Sim → Indique os instrumentos/mecanismos utilizados na integração:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 Não

99 Não sabe

O.38. Na região, qual o papel da Vigilância em Saúde (VS) na Rede de Atenção à Saúde (RAS)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**O.39. Na região, qual o papel da Vigilância em Saúde (VS) na Atenção Primária à Saúde (APS)?**

---



---



---



---

**O.40. Qual a importância dos seguintes itens para a promoção da integração entre a Vigilância em Saúde (VS) e a Atenção Primária à Saúde (APS) na região?**

*Ler as alternativas seguida da escala de importância e marcar somente **uma resposta** por alternativa.*

	Importância					
	Muito alta	Alta	Média	Baixa	Muito baixa	Não sabe
1 Organização conjunta do processo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Mecanismos de planejamento e programação conjuntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Práticas conjuntas de educação permanente em saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mapeamento e avaliação conjuntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Participação em comitês conjuntos (ex: investigação de óbitos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Discussão conjunta de casos clínicos e eventos sentinelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Realização de visitas domiciliares e / ou atendimentos compartilhados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Realização de ações coletivas intra e intersetoriais no território	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ações conjuntas entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Vigilância de eventos adversos e farmacovigilância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Vigilância alimentar e nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ações conjuntas de promoção de atividades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O.41. Na região, quais são os fatores que interferem direta ou indiretamente no registro de óbitos com a causa mal definida?**

---

---

---

---

**O.42. Na região, com que frequência é necessário enviar amostra laboratorial de exames de interesse para Vigilância em Saúde (VS) para análise em outra região?**

*Ler as alternativas e marcar com X apenas uma.*

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca
- 99 Não sabe

**O.43. Com que frequência os casos de doenças de notificação compulsória são encerrados por critério laboratorial na região?**

*Ler as alternativas e marcar com X apenas uma.*

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca
- 99 Não sabe

**Traçadores de Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Tuberculose e Dengue**

**O.75. Na região, no que se refere a casos de tuberculose, com que frequência as seguintes ações são realizadas:**

*Ler as alternativas seguida da escala de frequência e marcar somente **uma resposta** por alternativa.*

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1 Busca ativa de sintomáticos respiratórios no território	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Identificação de sinais e sintomas de tuberculose pelas equipes de saúde e vigilância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Notificação dos casos diagnosticados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tratamento dos casos de tuberculose de acordo com o protocolo do Tratamento Diretamente Observado (TDO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aconselhamento pré e pós-teste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Busca ativa de faltosos ao tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Encerramento dos casos no livro de registro de pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Acompanhamento do tratamento nos casos de tuberculose com registro no boletim de acompanhamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Monitoramento de encerramento dos casos tratados com envio da informação regular e oportuna para a VS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Realização de atividade de educação em saúde sobre tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Divulgação de informações sobre a situação epidemiologia da tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Estímulo à organização e à participação da sociedade civil no controle da tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O.76. Na região, com que frequência os dados relacionados à tuberculose gerados pelos Sistemas de Informação (SIM, SINAN, etc.) são consolidados e analisados?**

*Ler as alternativas e marcar com **X** apenas **uma**.*

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca
- 99 Não sabe

**O.77. Na região, são acompanhados os casos de tuberculose resistente e tuberculose multidroga resistente?**

*Para a resposta Não, perguntar quais as principais dificuldades para o acompanhamento.*

1 Sim

2 Não



Quais as principais dificuldades para que isso ocorra?

---



---



---

99 Não sabe

**O.78. Considerando as condições de acesso ao exame de baciloscopia, as seguintes situações dificultam ou impedem a obtenção/continuidade do cuidado e Vigilância em Saúde (VS) na região?**

*Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: Sim, Não ou Não Sabe.*

	Sim	Não	Não sabe
1 A localização da unidade e o tempo gasto no trajeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 O custo dos meios de transporte para chegar na unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 A segurança no entorno da unidade e a preocupação com a violência no trajeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 A existência de barreiras para pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção dentro da unidade ou no seu entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 A questão do estigma/preconceito com a doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Outro. Qual? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O.79. Considerando as condições de acesso a serviços especializados de coinfeção entre Tuberculose e Aids (TB/HIV), as seguintes situações dificultam ou impedem a obtenção/continuidade do cuidado e Vigilância em Saúde (VS) na região?**

*Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: Sim, Não ou Não Sabe.*

	Sim	Não	Não sabe
1 A localização da unidade e o tempo gasto no trajeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 O custo dos meios de transporte para chegar na unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 A segurança no entorno da unidade e a preocupação com a violência no trajeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 A existência de barreiras para pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção dentro da unidade ou no seu entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 A questão do estigma/preconceito com a doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão entrevistados todos os profissionais, que na ocasião da pesquisa, ocupem há pelo 6 (seis) meses o cargo de gestão estadual da Vigilância em Saúde da região estudada.

Serão excluídos os gestores que pela segunda vez consecutiva não forem localizados, ou mesmo se recusarem a participar da pesquisa.

### RESPONDENTES

Coordenador de VS estadual (nível central)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício nessa função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Telefone e e-mail para contato: \_\_\_\_\_

### 1. REGIONALIZAÇÃO

1.1 Como ocorre o planejamento/programação das ações da Vigilância em Saúde no estado? Quais atores participam desse planejamento/programação?

1.2 Na sua opinião, a programação das ações da Vigilância em Saúde no nível regional (nas regiões de saúde) é importante? Por quê?

1.3 Na região X, existe planejamento/programação conjunta das ações de VS? Quais atores participam desse planejamento/programação?

1.4 Na região X, são discutidas estratégias integradas de atuação para o enfrentamento de situações que exijam o compartilhamento da gestão? Em que espaço essa discussão acontece? Cite um exemplo de situação na qual aconteceu

1.5 Qual(is) são as atribuições) da Coordenação Regional da Vigilância em Saúde?

1.6 O responsável pela coordenação da Vigilância em Saúde na região X tem autonomia para decidir como utilizar os recursos financeiros?

1.7 Na sua opinião, os recursos financeiros destinados à Vigilância em Saúde na região X são suficientes para desenvolver as atividades planejadas/programadas?

1.8 O Ministério da Saúde tem induzido a estratégia de regionalização como uma forma de potencializar a descentralização no SUS. Na X existe alguma ação ou algum serviço de interesse da Vigilância em Saúde que é disponibilizado em escala regional? Cite exemplos.

(Perguntar se a resposta 1.8 for SIM) 1.9 E em sua opinião, esses serviços ofertados em escala regional contribuem com a integralidade do sistema de saúde? Por quê?

(Perguntar se a resposta 1.8 for SIM) 1.10 E em sua opinião, esses serviços ofertados em escala regional contribuem com a ampliação do acesso ao sistema de saúde? Por quê?

1.11 Na sua opinião, há integração das ações de Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, nos municípios dessa região X? Se sim, como essa integração ocorre na prática?

1.12 Você considera que essa integração, se efetiva, contribuiria positivamente com o planejamento de ações regionalizadas? De que forma?

1.13 Como se dá a relação Município/Região/Estado na configuração espacial dos serviços e ações da Vigilância em Saúde?

1.14 Na sua opinião, qual o papel do estado na descentralização das ações e serviços da Vigilância em Saúde em escala regionalizada? Quais são as dificuldades e facilidades desse processo?

1.15 Na região X, a Comissão Intergestores Regional (CIR) se organiza para tratar os temas pertinentes à Vigilância em Saúde e a sua regionalização? Com que frequência? Como você avalia esse processo?

## **2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

2.1 De acordo com a Portaria nº 4.279, de dezembro de 2012, uma das diretrizes orientadoras para o processo de implementação das Redes de Atenção à Saúde é o fortalecimento da integração das ações de âmbito coletivo da Vigilância em Saúde (VS) com as da Assistência (âmbito individual e clínico). Como se dá a integração das ações de Vigilância em Saúde na Rede de Atenção à Saúde na região X? Em sua opinião, quais são as dificuldades e facilidades para que essa integração ocorra?

2.2 Quais as principais funções da Vigilância em Saúde na condução da rede de atenção à saúde na região X?

2.3 Para finalizar, há alguma questão considerada importante que não foi perguntada e gostaria de comentar?

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****I -DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

NOME:.....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: .M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: .....CIDADE .....  
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)  
.....

**II -DADOS SOBRE A PESQUISA**

1. TÍTULO DO PROTOCOLO: Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana**

CARGO/FUNÇÃO: **Professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.**

UNIDADE DO HCFMUSP: **Departamento de Medicina Preventiva – FMUSP**

**3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO  RISCO MAIOR

**III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO ENTREVISTADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:**

1 – O objetivo deste estudo é avaliar sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico – metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS.

2- Trata-se de identificar as condições que estejam favorecendo ou dificultando a regionalização nos estados e a conformação das redes de atenção à saúde. Isso permitirá a compreensão dos possíveis entraves à diminuição das desigualdades na universalização da saúde no Brasil.

**IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:**

1 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455 – 2º Andar Telefone(s) 3061-7000. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br; 2 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição; 3 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante; 4 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores; 5 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em

qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. 6 – Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”.

Eu discuti com o pesquisador \_\_\_\_\_RG  
\_\_\_\_\_ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data //

-----

Assinatura do entrevistado

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



### APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 20/05/2015, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 071/15 intitulado: **"POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DAS REGIÕES E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL"** apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Ana Luiza d'Ávila Viana

Pesquisador (a) Executante: Ana Luiza d'Ávila Viana

CEP-FMUSP, 21 de Maio de 2015.



Prof. Dr. Roger Chammas  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa