

Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática

Evaluation of Health Surveillance in the Zona da Mata Mineira: from standards to practice

Cíntia Pereira Donateli ¹
Patrícia Silva Avelar ¹
Ariadne Barbosa do Nascimento Einloft ¹
Rosângela Minardi Mitre Cotta ¹
Glauce Dias da Costa ¹

Abstract *Health Surveillance is of paramount importance when confronted with the current Brazilian epidemiological setting. This study aims to evaluate the level of Health Surveillance in the Zona da Mata Mineira region. This is an evaluative study, and data were collected in the first half of 2016. The research universe consisted of seven municipalities in the Zona da Mata Mineira complex. Municipalities were selected with reference to available operational epidemiological, environmental and sanitary surveillance. The subjects under analysis were the Surveillance coordinators (n = 21), Health Surveillance coordinators (n = 7) and Health secretaries (n = 7). We conducted interviews using a semi-structured and elaborated questionnaire based on the Donabedian triad: Structure, Process and Outcome. A score system was established in order to obtain the classification of performance, realm and sub-realms, in which a score was assigned for each criterion. We used incipient, intermediate or advanced cutoff points to classify the level of Health Surveillance of scores were below 5.99 points, between 6.0 and 7.99 points and between 8 and 10 points, respectively. The level of regional Health Surveillance performance level was classified as an intermediate.*

Key words *Health assessment, Health Surveillance, Health management and health services*

Resumo *A Vigilância em Saúde é de suma importância ao se defrontar com o atual cenário epidemiológico do Brasil. Objetiva-se avaliar o grau de atuação da Vigilância em Saúde da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo avaliativo. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2016. O universo da pesquisa foi composto por sete municípios polo da Zona da Mata Mineira. Os municípios foram selecionados tendo como referência a presença e a atuação das vigilâncias: epidemiológica, ambiental e sanitária. Os sujeitos em análise foram os coordenadores das vigilâncias (n = 21), coordenadores de Vigilância em Saúde (n = 7) e secretários de saúde (n = 7). Foram realizadas entrevistas utilizando-se um questionário semiestruturado e elaborado baseado na tríade de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado. A fim de obter a classificação da atuação, da dimensão e subdimensões foi criado um sistema de escores, no qual se atribuiu pontuação para cada critério. Para classificação do grau de atuação da Vigilância em Saúde, os pontos de corte utilizados foram: incipiente, intermediário ou avançado, se obtiver até 5,99 pontos; entre 6,0 e 7,99 pontos e entre 8 e 10 pontos, respectivamente. O grau de atuação da Vigilância em Saúde em âmbito regional foi classificado como intermediário.*

Palavras-chave *Avaliação em saúde, Vigilância em Saúde, Gestão em saúde e serviços de saúde*

¹ Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Av. Peter Henry Rolfs s/n, Campus Universitário. 36570-900 Viçosa MG Brasil. cintiadonateli@outlook.com

Introdução

A transição epidemiológica e demográfica vivenciada pelo Brasil nas últimas décadas, com redução da mortalidade e natalidade e aumento da expectativa de vida da população^{1,2}, reconfigurou um novo modelo reconhecido como transição incompleta e prolongada. Neste, a sobreposição de etapas e a coexistência de doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas, além de inexistência de expectativa clara de resolução deste processo, cursa com uma exacerbação das desigualdades dentro do país^{1,3}.

Nessa conjuntura, as doenças emergentes, re-emergentes e negligenciadas introduzem novos perfis ao quadro de morbimortalidade do país, explicitando a emergência da reformulação da atenção à saúde brasileira^{2,4}. Entretanto, embora as doenças negligenciadas, por prevalecerem em condições de pobreza, contribuam para a manutenção de quadros de desigualdade social^{5,6}, e serem responsáveis por 10% da carga global de enfermidades, seguem sendo pouco prestigiadas por políticas públicas⁷.

A dengue, classificada como doença negligenciada e endêmica no país, é um dos principais problemas de saúde pública nacional e mundial. Sua reemergência tem contribuído significativamente para alterações do perfil de morbimortalidade no Brasil, devido à tendência ascendente de sua forma hemorrágica e deslocamento da faixa etária atingida para idades mais baixas⁸. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, são registrados cerca de 390 milhões de casos da doença. Nesse sentido, no Brasil, as ações da vigilância têm se tornado o cerne do monitoramento de epidemias, atuando na compreensão e manifestações desta arbovirose^{9,10}.

A despeito disto, a tríplice epidemia de Dengue, Zika e Chikungunya, vivenciada pelo Brasil no ano de 2016¹¹, demonstra o insucesso das ações de combate ao *Aedes aegypti*. A proposta de reorganização do funcionamento do sistema de saúde brasileiro pelo Pacto pela Saúde de 2006, com descentralização das ações básicas das vigilâncias¹², mostrou-se limitada pela fragilidade da capacidade municipal de planejamento e gestão em Vigilância em Saúde¹³.

Diante disso, evidencia-se a importância da avaliação da atuação das ações de Vigilância em Saúde com o propósito primordial de apreciar a produção de decisões que desencadeiem o processo de intermediação e implementação de ações e políticas que impactem diretamente a sociedade. Nessa perspectiva, o objetivo deste

trabalho foi avaliar o grau de atuação da Vigilância em Saúde de sete municípios polo da Zona da Mata Mineira, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo avaliativo que incorpora a *avaliação normativa* em seus componentes de Estrutura, Processo e Resultado, cujo universo da pesquisa foi composto por sete municípios da Zona da Mata Mineira: Manhuaçu, Cataguases, Muriaé, Ponte Nova, Viçosa, Juiz de Fora e Ubá, identificados aleatoriamente pelas letras A, B, C, D, E, F e G. Em conjunto, estes abrangem mais de 1 milhão de pessoas no total, além de possuírem características socioeconômicas e culturais que possibilitam a construção de um retrato da atuação das práticas em saúde da Vigilância em Saúde no território em estudo. A seleção também priorizou a presença e a atuação das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária. Os sujeitos em análise foram os coordenadores da Vigilância em Saúde (n = 7), coordenadores das vigilâncias ambientais (n = 7), epidemiológicas (n = 7) e sanitárias (n = 7) de cada município e gestores locais de saúde (n = 7), totalizando 35 indivíduos. No caso específico dos coordenadores, na inexistência do cargo, os sujeitos em análise foram os informantes-chaves, responsáveis temporariamente pela função.

Para a construção do Modelo Lógico de Avaliação das Vigilâncias pela equipe de pesquisadoras, utilizou-se o “Instrutivo para execução e avaliação das ações de Vigilância em Saúde: projeto de fortalecimento da Vigilância em Saúde de Minas Gerais”¹⁴, além dos estudos de Felisberto *et al.*¹⁵ e Bezerra *et al.*¹⁶. No Modelo Lógico de Avaliação das Vigilâncias foram determinados dois níveis principais de atuação: gestão e execução das ações. A partir de cada nível determinaram-se as dimensões. No nível gestão foram incluídas duas dimensões: os gestores e os coordenadores de Vigilância em Saúde, enquanto no nível execução das ações, incluem-se três dimensões: os coordenadores das vigilâncias sanitárias, ambientais e epidemiológicas. Para gerar as subdimensões, cada dimensão foi subdividida segundo as atribuições de cada ator envolvido, definindo responsabilidades e atividades obrigatórias a serem executadas segundo o documento normativo¹⁴. Posteriormente, foram delimitadas as atividades, os resultados intermediários e o resultado final (Figura 1).

A partir do Modelo Lógico (Figura 1) foi elaborada a Matriz de Critérios e Indicadores (Qua-

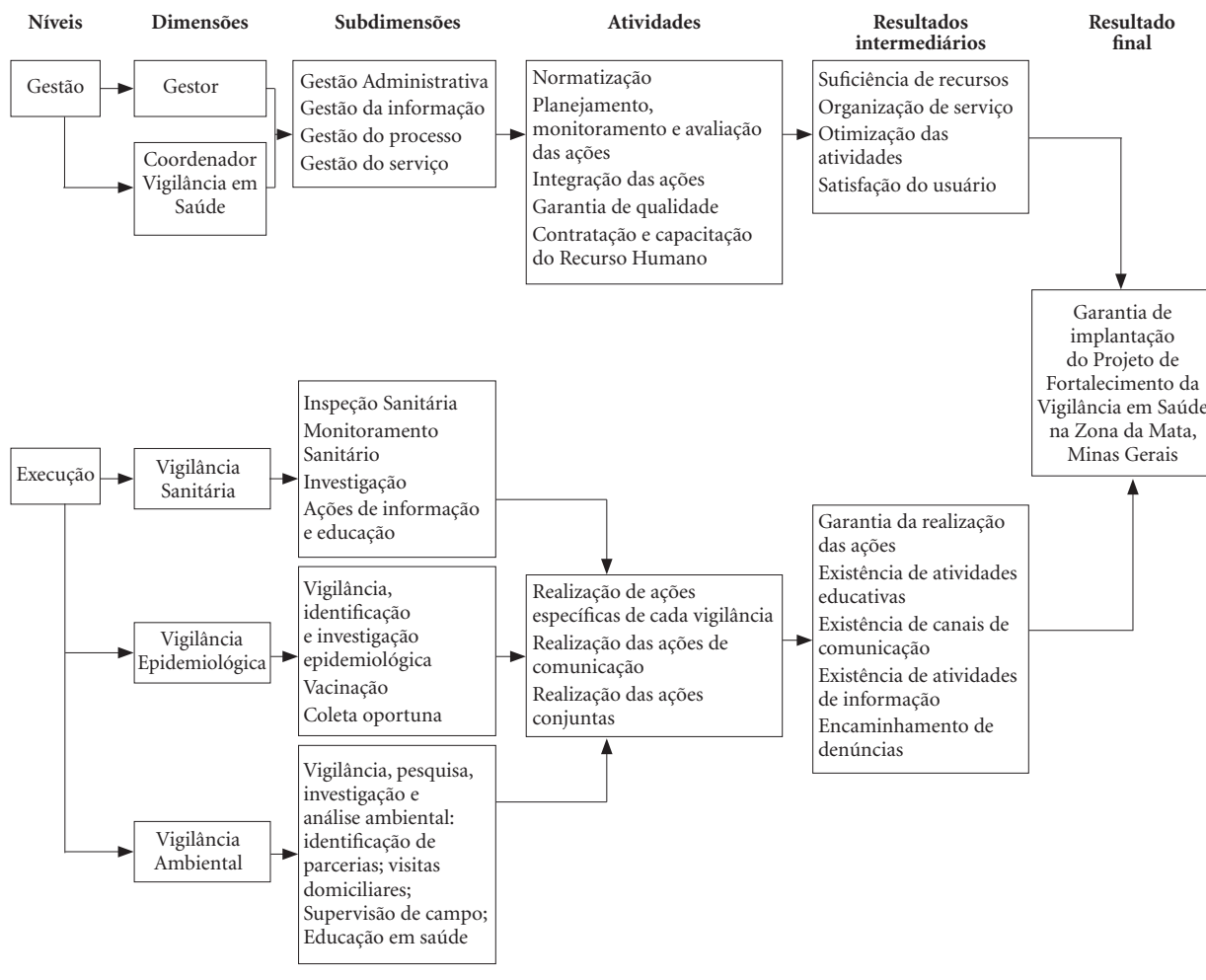


Figura 1. Modelo Lógico da Vigilância em Saúde, Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Fonte: Donateli (2016).

dro 1). Ambos foram construídos pela equipe de pesquisa com a participação de sete especialistas no tema, conforme estudos de Felisberto et al.¹⁵ e Bezerra et al.¹⁶, que fundamentaram a elaboração de questionários semiestruturados específicos para cada um dos quatro componentes da Vigilância em Saúde (Coordenador da Vigilância em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental) e gestores. As questões formuladas para identificar as dimensões de análise e avaliação das práticas da vigilância se basearam na Triáde de Donabedian, estrutura – processo – resultado¹⁷.

Para a construção da Matriz de Critérios e Indicadores (Quadro 1) contemplando a triáde de Donabedian consideram-se os seguintes critérios

em Estrutura: recursos humanos, infraestrutura, recursos materiais, recursos tecnológicos e gestão administrativa. Em Processo, consideram-se: educação continuada, gestão da informação, execução das ações, monitoramento e gestão de processos. Para Resultados incluíram-se como critérios: satisfação profissional e resolubilidade.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, nos locais de trabalho dos entrevistados, no primeiro semestre de 2016.

Anterior à pesquisa de campo foi realizado o estudo piloto em um município da Zona da Mata Mineira, não pertencente ao estudo e com características semelhantes aos municípios selecionados para ajuste dos questionários e capacitação dos pesquisadores.

Quadro 1. Matriz de pontuação dos critérios e indicadores, consensuada por especialistas, por dimensões e subdimensões do modelo lógico da Vigilância em Saúde. Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemiol- ógica
Estrutura	Recursos humanos (10,0)	a) Adequabilidade do número de profissionais - Inadequabilidade (0)	1,42	1,66	1,42	1,42	1,42
		b) Adequabilidade da formação profissional à função exercida					
		b1- Pós-graduação na área de saúde ou gestão	b1 – 1,42	b1 – 1,66	b1 – 1,42	b1 – 1,42	b1 – 1,42
		b2 - Superior na área de saúde	b2 – 1,42	b2 – 1,66	b2 – 1,42	b2 – 1,42	b2 – 1,42
		b3 - Superior	b3 – 1,1	b3 – 1,06	b3 – 0,82	b3 – 0,82	b3 – 0,82
		b4 – Técnico	b4 – 0	b4 – 0	b4 – 0,22	b4 – 0,22	b4 – 0,22
		b5 - Ensino médio			b5 – 0	b5 – 0	b5 – 0
		c) Tempo de exercício da função					
		c1 - Superior a 5 (cinco) anos	c1 – 1,42	c1 – 1,66	c1 – 1,42	c1 – 1,42	c1 – 1,42
	c2 - Entre 1 (um) e 5 (anos)	c2 – 1,1	c2 – 1,36	c2 – 1,1	c2 – 1,1	c2 – 1,1	
	c3 - Inferior a 1(um) ano	c3 – 0	c3 – 0	c3 – 0	c3 – 0	c3 – 0	
	d) Vinculação profissional						
	d1- Efetivo com cargo de confiança ou Concursado	d1 – 1,42	d1 – 1,66	d1- 1,42	d1 – 1,42	d1 – 1,42	
	d2 - Contratado nomeado em comissão	d2 – 0,82	d2 – 1,06	d2–0,82	d2 – 0,82	d2 – 0,82	
	d3 – Outros	d3 – 0,22	d3 – 0,46	d3–0,22	d3 – 0,22	d3 – 0,22	
e) Trabalha em um carga horária de 40 horas semanais - Carga horária trabalhada inferior (0)	1,42	1,66	1,42	1,42	1,42		
f) Definição e reconhecimento das funções dos membros da equipe - Não (0)	1,42	*	1,42	1,42	1,42		
g) Reconhecimento das metas - Não (0)	1,42	1,66	1,42	1,42	1,42		
Infraestrutura (10,0)	a) Adequabilidade da estrutura física - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0	
	b) Acessibilidade da estrutura física - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0	
	c) Higiene da estrutura física - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0	
	d) Segurança do entorno da estrutura física - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0	
	e) Acomodação das vigilâncias na mesma estrutura física - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0	

continua

Quadro 1. continuação

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemiol- ógica
Estrutura	Recursos materiais (10,0)	a) Veículos a1- Próprio, uso exclusivo a2- Próprio, uso compartilhado a3- Outro setor, uso compartilhado	*	*	a1 – 1,66 a2 – 1,04 a3 – 0,64	a1 – 1,66 a2 – 1,04 a3 – 0,64	a1 – 1,66 a2 – 1,04 a3 – 0,64
		b) Materiais suficientes para trabalho administrativo - Insuficiente (0)	*	*	1,66	1,66	1,66
		c) Material de campo suficiente - Insuficiente (0)	*	*	1,66	1,66	1,66
		d) Adequabilidade da qualidade dos materiais de trabalho - Não (0)	*	*	1,66	1,66	1,66
		e) Adequabilidade da quantidade dos materiais de trabalho - Não (0)	*	*	1,66	1,66	1,66
		f) Adequabilidade da disponibilidade dos materiais de trabalho - Não (0)	*	*	1,66	1,66	1,66
	Recursos tecnológicos (10,0)	a) Disponibilidade de recursos tecnológicos para organização e compartilhamento de informações - Insuficiente (0)	*	*	2,0	2,0	2,0
		b) Existência de banco de dados do serviço municipal de Vigilância - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0
		c) Acesso aos Sistemas de informação - Não (0)	*	3,33	2,0	2,0	2,0
		d) Adequado funcionamento dos sistemas de informação - Inadequado (0)	*	3,33	2,0	2,0	2,0
		e) Instrumento para normatização das ações (Instrutivo) e1 - Concorda e executa e2 - Concorda e não executa e3 - Discorda e executa e4 - Discorda e não executa	*	e1 – 3,33 e2 – 0 e3 – 3,33 e4 – 0	e1 – 2,0 e2 – 0 e3 – 2,0 e4 – 0	e1 – 2,0 e2 – 0 e3 – 2,0 e4 – 0	e1 – 2,0 e2 – 0 e3 – 2,0 e4 – 0

continua

Para a determinação do grau de atuação os resultados foram confrontados com o Modelo Lógico (Figura 1). Assim, os valores foram obti-

dos através da média aritmética, utilizando o *Microsoft Excel* (2010). Dessa maneira, obtiveram-se as pontuações para as subdimensões, aos quais

Quadro 1. continuação

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemio- lógica
Estrutura	Gestão administrativa (10,0)	a) Existência de um Plano de ação da SMS - Não (0)	*	3,33	*	*	*
		b) Atuação das metas à realidade local - Não (0)	10,0	3,33	5,0	5,0	5,0
		c) Possui todas as áreas da vigilância funcionantes c1 – Todas as 6 c2 - Apenas 3 c3 - Não	*	c1 – 3,33 c2 – 1,7 c3 – 0	c1 – 5,0 c2 – 3,37 c3 – 0	c1 – 5,0 c2 – 3,37 c3 – 0	c1 – 5,0 c2 – 3,37 c3 – 0
Processo	Educação continuada (10,0)	a) Capacitação para exercício da função após inserção na equipe - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0
		b) Adequabilidade da temática das capacitações e adequabilidade às demandas dos profissionais - Inadequada (0)	3,33	3,33	2,0	2,0	2,0
		c) Responsáveis pelas capacitações c1- GRS c2- Profissional de outra instituição c3- Profissional da equipe de vigilância municipal	c1 – 3,33 c2 – 3,33 c3 – 2,83	c1 – 3,33 c2 – 3,33 c3 – 2,83	c1 – 2,0 c2 – 2,0 c3 – 1,5	c1 – 2,0 c2 – 2,0 c3 – 1,5	c1 – 2,0 c2 – 2,0 c3 – 1,5
		d) Periodicidade das capacitações d1- De acordo com o planejamento segundo prerrogativas do Instrutivo d2 - Convocação da GRS d3 - De acordo com as possibilidades do serviço	d1 – 3,33 d2 – 1,66 d3 – 1,26	d1 – 3,33 d2 – 1,66 d3 – 1,26	d1 – 2,0 d2 – 1,0 d3 – 0,6	d1 – 2,0 d2 – 1,0 d3 – 0,6	d1 – 2,0 d2 – 1,0 d3 – 0,6
		e) Capacitação para utilização dos sistemas de informação - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0

continua

foram atribuídos 10 pontos, divididos entre os critérios de cada subdimensão (Quadro 1).

A fim de obter a classificação da atuação da vigilância local em suas dimensões e subdimensões, foi atribuída pontuação para cada critério, levando-se em consideração as respostas de cada informante^{15,16}. Assim, realizou-se a média aritmética de todos os critérios referentes a cada dimensão, criando um subtotal, que posteriormen-

te forneceu a base para a construção do grau de atuação municipal e regional (Tabela 1).

O escore da Vigilância em Saúde nos sete municípios estudados foi determinado através da média aritmética de cada dimensão (Estrutura, Processo, Resultado), considerando-se que estas possuem igual importância para avaliação da atuação das ações de Vigilância em Saúde regional.

Quadro 1. continuação

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias					
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemio- lógica	
Processo	Gestão da informação (10,0)	a) Alimentação dos sistemas de informação a1- Ocorre, de forma oportuna segundo prerrogativas do Instrutivo a2- Ocorre, de acordo com possibilidades do serviço	*	a1 – 3,33 a2 – 2,53	*	*	*	
		b) Periodicidade de alimentação dos sistemas de informação b1- Diária b2- Semanal b3- Mensal	*	b1 – 3,33 b2 – 2,83 b3 – 2,33	*	*	*	
		c) Envio de planilhas dos sistemas de informação c1 - Quadrimestral c2 - Mensal c3 - Sem regularidade	*	*	c1 – 3,33 c2 – 2,83 c3 – 0	c1 – 3,33 c2 – 2,83 c3 – 0	c1 – 3,33 c2 – 2,83 c3 – 0	
		d) A utilização do banco de dados é realizada para o d1- Planejamento de ações e alimentação de sistemas de informação d2- Planejamento de ações d3- Alimentação de sistemas de informação d4- Não possui banco local	*	*	d1 – 3,33 d2 – 2,83 d3 – 2,53 d4 – 0	d1 – 3,33 d2 – 2,83 d3 – 2,53 d4 – 0	d1 – 3,33 d2 – 2,83 d3 – 2,53 d4 – 0	
		e) Existem canais de comunicação com a população - Não (0)	*		3,33	3,33	3,33	3,33

continua

Para classificação do grau de atuação das práticas da Vigilância em Saúde nas dimensões estrutura, processo e resultado, os pontos de corte utilizados foram: até 5,99 pontos (incipiente: atuação simplificada); entre 6,0 e 7,99 pontos (intermediário: apresenta avanços, mas a atenção ainda é fragmentada) e entre 8 e 10 pontos (avanzado: reorganização possibilitando mudanças do modelo de atenção hegemônico de saúde). O sistema de escores e os pontos de corte foram adaptados de Felisberto et al.¹⁵ e Bezerra et al.¹⁶, com base, também, nos resultados da conferência de consenso.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da

Universidade Federal de Viçosa (UFV), respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e está inserido em um projeto maior intitulado “Vigilância em Saúde: avaliação das práticas de prevenção das doenças e promoção da saúde na Zona da Mata Mineira”.

Resultados

As avaliações das vigilâncias dos municípios em estudo mostram diferenças importantes entre dimensões e individualmente (Tabela 2). A avaliação do grau de atuação do município A para Vi-

Quadro 1. continuação

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemiol- ógica
Processo	Execução das ações (10,0)	a) Ações obrigatórias desenvolvidas por cada vigilância com qualidade - Inadequada (0)	*	*	1,42	1,42	1,42
		b) Periodicidade das ações obrigatórias b1- Metas trimestrais b2- De acordo com as condições do serviço	*	*	b1 – 1,42 b2 – 0,8	b1 – 1,42 b2 – 0,8	b1 – 1,42 b2 – 0,8
		c) Realização das ações de promoção em saúde - Não (0)	*	*	1,42	1,42	1,42
		d) Periodicidade da realização das ações de promoção em saúde d1- Metas trimestrais d2- De acordo com as condições do serviço	*	*	d1 – 1,42 d2 – 0,8	d1 – 1,42 d2 – 0,8	d1 – 1,42 d2 – 0,8
		e) Realiza ações integradas com as demais vigilâncias e1- Promoção da saúde e2- Controle de vetores e3- Inspeções e4- Análises ambientais e5- Investigação de surtos e agravos e6- Não realiza	*	*	e1 – 0,284 e2 – 0,284 e3 – 0,284 e4 – 0,284 e5 – 0,284 e6 – 0	e1 – 0,284 e2 – 0,284 e3 – 0,284 e4 – 0,284 e5 – 0,284 e6 – 0	e1 – 0,284 e2 – 0,284 e3 – 0,284 e4 – 0,284 e5 – 0,284 e6 – 0
		f) Realiza ações articuladas com a APS - Não realiza (0)	*	*	1,42	1,42	1,42
		g) Realiza ações articuladas com outros órgãos/ instituições g1- Sim, funciona adequadamente g2- Sim, mas apresenta restrições g3- Sim, apenas como formalidade g4- Não realiza	*	*	g1 – 1,42 g2 – 1,0 g3 – 0 g4 – 0	g1 – 1,42 g2 – 1,0 g3 – 0 g4 – 0	g1 – 1,42 g2 – 1,0 g3 – 0 g4 – 0

continua

gilância Sanitária e Epidemiológica foi intermediário (7,16 e 6,46, respectivamente), enquanto a Vigilância Ambiental obteve um grau de atuação avançada (8,10). Tal diferença deve-se ao fato na Vigilância Ambiental as dimensões estrutura e processo obtiveram classificação avançada (8,34 e 8,71 respectivamente), enquanto a Vigilância

Sanitária obteve classificação avançada somente em Estrutura (8,05) e a Vigilância Epidemiológica obteve classificação avançada somente em Processo (8,42). A dimensão resultado não apresentou classificação avançada para nenhuma das vigilâncias do município A, obtendo grau de atuação intermediário para as vigilâncias (7,24),

Quadro 1. continuação

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemiol- ógica
Processo	Monitoramento (10,0)	a) Realização de avaliação externa - Não (0)	*	5,0	1,42	1,42	1,42
		b) Tipos de avaliação externa b1- Metas quantitativas instrumento normatizador + análise qualitativa das ações b2- Metas quantitativas instrumento normatizador	*	*	b1 – 1,42	b1 – 1,42	b1 – 1,42
					b2 – 1,22	b2 – 1,22	b2 – 1,22
		c) Avaliação externa com periodicidade quadrimestral, conforme instrumento normatizador - Outro (0)	*	*	1,42	1,42	1,42
		d) Realização de avaliação interna - Não (0)	*	5,0	1,42	1,42	1,42
		e) Existência de protocolo para avaliação interna - Não (0)	*	*	1,42	1,42	1,42
		f) Tipos de avaliação interna f1- Metas quantitativas segundo planejamento + análise qualitativa das ações f2- Metas quantitativas segundo planejamento f3- Análise qualitativa das ações f4- Não realiza	*	*	f1 – 1,42	f1 – 1,42	f1 – 1,42
					f2 – 1,22	f2 – 1,22	f2 – 1,22
					f3 – 0,42	f3 – 0,42	f3 – 0,42
				f4 – 0	f4 – 0	f4 – 0	
g) Periodicidade das avaliações internas g1- Mensal g2- Quadrimestral g3- Anual g4- Outro	*	*	g1 – 1,42 g2 – 1,42 g3 – 0,71 g4 – 0	g1 – 1,42 g2 – 1,42 g3 – 0,71 g4 – 0	g1 – 1,42 g2 – 1,42 g3 – 0,71 g4 – 0		
Gestão do processo (10,00)	a) Gestão dos processos de trabalho feita segundo principais agravos e estratégias - Não (0)	*	10	10	10	10	

continua

onde os quesitos não contemplados foram inerentes ao critério de resolubilidade (Tabela 3).

No município B, de acordo com a Tabela 2, a Vigilância Epidemiológica obteve classificação incipiente (5,05), já a Vigilância Sanitária foi classificada como intermediária (6,45) e a Ambiental como avançada (8,00). Assim, o grau de atuação do município B foi intermediário (Tabela 3),

ênfatisando a dimensão estrutura, classificada como avançada neste município.

No município C, tanto a Vigilância Sanitária quanto a Epidemiológica receberam classificação de atuação intermediária (7,54 e 7,56, respectivamente); já a Vigilância Ambiental recebeu classificação avançada (8,16). A estrutura das três vigilâncias foi classificada como intermediária, e

Quadro 1. continuação

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemiológica
Resultado	Satisfação profissional (10,0)	a) Pessoal a1- Completamente satisfeito a2- Pouco satisfeito a3- Satisfeito a4- Muito insatisfeito a5- Completamente insatisfeito	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0
		b) Em relação ao serviço b1- Completamente satisfeito b2- Pouco satisfeito b3- Satisfeito b4- Muito insatisfeito b5- Completamente insatisfeito	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0
	Resolubilidade por metas para a Vigilância Sanitária *	a) Cumprimento das metas do instrumento normatizador para Vigilância Sanitária (itens 1 a 6)	*	*	a1 a a6 - 1,66	*	*
	Resolubilidade por metas para a Vigilância Ambiental *	a) Cumprimento das metas do instrumento normatizador para Vigilância Ambiental (itens 1 a 10)	*	*	*	a1 a a10 - 1,0	*
	Resolubilidade por metas para a Vigilância Epidemiológica (10,0)	a) Cumprimento das metas do instrumento normatizador para Vigilância Epidemiológica (itens 1 a 22)	*	*	*	*	a1 a a22 - 0,45

* Nível de análise não abordado no critério em questão.

Fonte: Donateli (2016).

a dimensão processo recebeu atuação avançada também para as três vigilâncias, destacando-se as subdimensões gestão da informação, onde os critérios avaliados estão relacionados à utilização de banco de dados e sistema de informação, além da existência de canais de comunicação com a população, bem como execução, integração, articulação e periodicidade das ações (Tabela 2). Com base nesses dados, o município C recebeu atuação intermediária (7,76) para a atuação das vigilâncias (Tabela 3).

No município D, o grau de atuação das vigilâncias foi intermediário (6,78) (Tabela 3). Analisando os dados da Tabela 2, observa-se que a Vigilância Sanitária recebeu classificação incipiente (5,23), e o fator principal para essa classificação está na baixa resolubilidade da dimensão resul-

tado, devido ao baixo cumprimento das metas normatizadas. A Vigilância Epidemiológica e a ambiental foram classificadas como intermediária (7,46 e 7,66, respectivamente).

No município E a vigilância ambiental e a sanitária foram classificadas como incipiente (5,76 e 5,32, respectivamente) e a Vigilância Epidemiológica como intermediária (7,25) (Tabela 2). Esses dados decorrem em virtude de inadequações presentes na dimensão estrutura destas vigilâncias, classificadas como incipiente em todas elas. Tal fato deve-se às subdimensões recursos materiais e tecnológicos e gestão administrativa, no qual foram avaliados critérios como disponibilidade e adequabilidade de materiais de trabalho, recursos tecnológicos para compartilhamento das informações, funcionamento adequado dos

Tabela 1. Pontuação dos critérios e indicadores. Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Municípios	Nível de atuação	Estrutura					Processo			Resultado	
		RH	Inf	Rec mat. Tecno	Gestão adm	Educ cont	Gestão da inf	Exec das ações	Gestão do proc e monit	Satis prof	Resolub
A	GESTOR	3,94	*	*	0	9,99	*	*	*	10	*
	COORD	8,3	*	4,99	5,03	8,32	9,19	*	7,5	7,5	*
	VISA	6,18	10	7,64	8,37	4,6	9,19	7,1	7,03	6,25	6,64
	VA	7,32	8	9,67	8,37	9	9,99	8,8	7,03	7,5	7
	VE	9,94	4	6,15	3,37	7	9,19	8,8	8,7	7,5	2,7
	Subtotal	35,68	22	28,45	25,14	38,91	37,56	24,7	30,26	38,75	16,34
B	GESTOR	8,2	*	*	0	9,99	*	*	*	10	*
	COORD	7,4	*	3,33	6,66	9,99	8,69	*	10	10	*
	VISA	7,32	10	9,98	10	8	9,99	3,12	9,06	6,25	6,64
	VA	7	10	7,47	5	7	6,66	5,96	7,03	10	6
	VE	8,42	10	7,98	5	7	6,66	8,18	8,7	8,75	1,35
	Subtotal	38,34	30	28,76	26,66	41,98	32	17,26	34,79	45	13,99
C	GESTOR	6,78	*	*	0	7,92	*	*	*	5	*
	COORD	8	*	4,99	1,7	8,32	9,19	*	7,5	8,75	*
	VISA	7,1	8	4,52	8,37	9	9,19	8,18	7,03	6,25	8,3
	VA	6,5	6	5,66	10	9	9,99	8,8	9,97	10	6
	VE	7,1	6	9,15	8,37	7	9,19	8,8	7,03	10	4,05
	Subtotal	35,48	20	24,32	28,44	41,24	37,56	25,78	31,53	40	18,35
D	GESTOR	8,2	*	*	0	9,99	*	*	*	10	*
	COORD	8	*	3,33	3,33	8,32	9,99	*	7,5	8,75	*
	VISA	6,5	6	4,83	5	5	9,99	6,764	7,03	2,5	3,32
	VA	5,9	6	4,66	5	7	9,49	8,8	9,06	10	8
	VE	7,1	8	5,66	5	9	9,19	8,8	8,7	10	4,05
	Subtotal	35,7	20	18,48	18,33	39,31	38,66	24,364	32,29	41,25	15,37
E	GESTOR	7,6	*	*	0	7,92	*	*	*	10	*
	COORD	8	*	4,99	5,03	9,99	9,99	*	7,5	10	*
	VISA	7	0	4,15	3,37	7	9,19	6,96	7,03	6,25	3,32
	VA	6,18	2	4,32	3,37	7	9,19	8,18	8,35	6,25	4
	VE	6,78	6	7,01	3,37	9	9,19	8,8	8,7	10	4,05
	Subtotal	35,56	8	20,47	15,14	40,91	37,56	23,94	31,58	42,5	11,37
F	GESTOR	7,92	*	*	0	6,66	*	*	*	10	*
	COORD	7,4	*	4,99	1,7	8,32	9,99	*	7,5	8,75	*
	VISA	7,1	0	8,98	8,37	5	9,99	8,18	7,03	10	4,98
	VA	9,62	2	7,49	3,37	9	9,19	5,96	8,35	7,5	0
	VE	9,94	4	6,49	3,37	7	9,49	5,96	8,7	6,25	3,6
	Subtotal	41,98	6	27,95	16,81	35,98	38,66	20,1	31,58	42,5	8,58
G	GESTOR	6,5	*	*	0	9,99	*	*	*	10	*
	COORD	7,4	*	4,99	9,99	8,32	9,99	*	7,5	8,75	*
	VISA	7,6	6	9,67	10	5	9,19	6,76	7,03	7,5	4,98
	VA	7,1	4	6,18	5	7	9,19	7,38	9,06	10	5
	VE	7,1	2	5,18	5	5	9,19	8,8	9,06	10	3,6
	Subtotal	35,7	12	26,02	29,99	35,31	37,56	22,94	32,65	46,25	13,58

COORD = Coordenador da Vigilância em Saúde; VA = Vigilância Ambiental; VE = Vigilância Epidemiológica; VISA = Vigilância Sanitária

* Nível de análise não abordado no critério em questão.

Fonte: Donateli (2016).

sistemas e adequação das metas preconizadas. Assim, o município E obteve grau de atuação in-

termediário (6,11), sendo o município pior avaliado no estudo (Tabela 3).

Tabela 2. Escores segundo níveis de atuação, dimensões e municípios da Vigilância em Saúde. Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Vigilâncias	Municípios	Estrutura	Processo	Resultado	Escore de atuação das dimensões por município	Escore de atuação por vigilância nos sete municípios	Escore de atuação da Vigilância em Saúde regional ¹
VISA	A	8,05	6,98	6,45	7,16 ^b	6,75 ^b	6,93^b
	B	9,33	7,54	6,45	7,77 ^b		
	C	7,00	8,35	7,28	7,54 ^b		
	D	5,58	7,20	2,91	5,23 ^a		
	E	3,63	7,55	4,79	5,32 ^a		
	F	6,11	7,55	7,49	7,05 ^b		
	G	8,32	7,00	6,24	7,18 ^b		
VA	A	8,34	8,71	7,25	8,10 ^c	7,13 ^b	
	B	7,37	6,66	8,00	7,34 ^b		
	C	7,04	9,44	8,00	8,16 ^c		
	D	5,39	8,59	9,00	7,66 ^b		
	E	3,97	8,18	5,13	5,76 ^a		
	F	5,62	8,13	3,75	5,83 ^a		
	G	5,57	8,16	7,50	7,08 ^b		
VE	A	5,87	8,42	5,1	6,46 ^b	6,91 ^b	
	B	7,85	7,64	5,05	6,85 ^b		
	C	7,66	8,01	7,03	7,56 ^b		
	D	6,44	8,92	7,03	7,46 ^b		
	E	5,79	8,92	7,03	7,25 ^b		
	F	5,95	7,79	4,93	6,22 ^b		
	G	4,82	8,01	6,80	6,54 ^b		

VISA = Vigilância Sanitária; VA = Vigilância Ambiental; VE = Vigilância Epidemiológica. ¹ Grau de atuação da Vigilância em Saúde regional, com base nas três vigilâncias avaliadas. ^a Grau de atuação incipiente. ^b Grau de atuação intermediário. ^c Grau de atuação avançada. Fonte: Donateli (2016).

Tabela 3. Escores segundo dimensões e municípios da Vigilância em Saúde. Zona da Mata por município e regional, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Municípios	Estrutura	Processo	Resultado	Escore de atuação por município
A	7,42 ^b	8,04 ^c	6,27 ^b	7,24 ^b
B	8,18 ^c	7,28 ^b	6,50 ^b	7,32 ^b
C	7,23 ^b	8,60 ^c	7,44 ^b	7,76 ^b
D	5,80 ^a	8,24 ^c	6,31 ^b	6,78 ^b
E	4,46 ^a	8,22 ^c	5,65 ^a	6,11 ^b
F	5,89 ^a	7,82 ^b	5,39 ^a	6,37 ^b
G	6,24 ^b	7,72 ^b	6,85 ^b	6,94 ^b
Escore de atuação por dimensão regional	6,46 ^b	7,99 ^b	6,34 ^b	6,93^b

^a Incipiente; ^b Intermediária; ^c Avançada.

Fonte: Donateli (2016).

O município F foi classificado, de acordo com o grau de atuação, como intermediário (6,37), sendo o segundo município pior avaliado no estudo (Tabela 3). As vigilâncias sanitária e epidemiológica obtiveram classificação intermediária (7,05 e 6,22, respectivamente) e a Vigilância Ambiental obteve classificação de atuação incipiente (5,83) (Tabela 2). Para tal resultado final do escore de atuação do município F, salienta como fator crítico as dimensões estrutura e resultado, ambas classificadas como incipientes pelo estudo.

No município G, de acordo com a Tabela 2, todas as três vigilâncias foram classificadas como intermediárias, sendo que aquela com menor média apresentada foi a Epidemiológica (6,54). Podemos destacar nesse sentido a dimensão estrutura da Vigilância Sanitária (8,32) e a dimensão processo das vigilâncias ambiental e epidemiológica que ambas obtiveram grau de atuação avançado (8,16 e 8,01, respectivamente). Como nó crítico denota-se a dimensão estrutura, cuja classificação foi incipiente para as vigilâncias ambiental (5,57) e epidemiológica (4,82).

Ao realizar a avaliação geral das dimensões de cada município (Tabela 3), a dimensão Estrutura dos municípios D, E e F, obtiveram atuação incipiente, enquanto os A, C e G obtiveram intermediária. Apenas o município B, para tal dimensão, foi classificado como avançado. A razão principal para tais achados está na subdimensão gestão administrativa, na qual avaliam-se questões sobre as metas estipuladas pelo instrumento norteador das ações versus a realidade local, além da existência de todas as vigilâncias preconizadas¹⁸. Nesse sentido, este item foi o que recebeu as menores médias.

Na dimensão Processo, os municípios A, C, D e E, foram classificados com atuação avançada e os B, F e G, como intermediários. Não obtivemos classificação incipiente na dimensão especificada, já que os critérios avaliados são, principalmente, capacitações, alimentação dos sistemas de informação e execução das ações, e tais critérios são monitorados quadrimestralmente. Entre essas subdimensões, destaca-se positivamente a gestão da informação, item onde eram avaliados a alimentação dos sistemas de informação, sua periodicidade e a frequência de envio desses dados, assim como a existência de canais de comunicação com a população. Nesta subdimensão todos os municípios obtiveram atuação avançada.

Na dimensão Resultado, os municípios A, B, C, D e G, foram classificados como intermediários, enquanto os municípios E e F obtiveram atuação incipiente. A subdimensão satisfação

profissional obteve atuação avançada para a maioria dos municípios, exceto no A, com classificação intermediária. Na subdimensão resolubilidade, a maioria dos municípios teve atuação incipiente, excetuando-se o C, com atuação intermediária.

Analisando a atuação de cada vigilância nos sete municípios polo da Zona da Mata mineira avaliados temos que as três vigilâncias obtiveram classificação intermediária, com média de 6,75 para a sanitária, 7,13 para a ambiental e 6,91 para epidemiológica (Tabela 2).

O escore de atuação obtido pelas três vigilâncias, baseados nas três dimensões, foi classificado como intermediário em todos os sete municípios. Os valores dos municípios A, B, C, D, E, F e G foram respectivamente: 7,24; 7,32; 7,76; 6,78; 6,11; 6,37; 6,94 (Tabela 3). A partir da apreciação das três dimensões, classifica-se o grau de atuação da Vigilância em Saúde regional como intermediário. A dimensão estrutura obteve média 6,46, já a processo atingiu a média de 7,99 e na resultado, a média foi de 6,34 (Tabela 3).

Desse modo, o grau de atuação da Vigilância em Saúde regional foi de 6,93 segundo o presente estudo, classificado assim como intermediário.

Discussão

A avaliação das dimensões das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental na Zona da Mata Mineira indica a existência de desafios a serem enfrentados, já que em sua totalidade as vigilâncias municipais apresentaram atuação intermediária, com oferta de atenção à saúde fragmentada, ainda que com alguns avanços.

Percebe-se que o elo frágil encontra-se na subdimensão gestão administrativa, pertencente à dimensão estrutura, que por sua vez influencia a dimensão resultado, especificamente na subdimensão resolubilidade. O cumprimento das metas propostas pelo governo estadual mostra-se na maioria dos municípios dificultada pela realidade local, especialmente devido ações fragmentadas e pouco resolutivas, dificultando que os mesmos atinjam a classificação avançada.

A falta de integração entre as vigilâncias pode explicar em parte este cenário. Em vários municípios esta integração não ocorre sequer em termos de estrutura física, o que favorece a fragmentação do trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde¹⁹. Para Santos²⁰, integrar serviços em rede no âmbito da saúde pública é, na realidade, a única forma de se garantir ao cidadão e à coletividade

de a integralidade da assistência à saúde, conforme definida no art. 7º, II, da lei 8.080, de 1990.

Agravando a falta de integração, a ausência de organograma, bem como de um plano de ação, também dificulta a horizontalidade entre os órgãos, havendo assim a necessidade de reformulação de abordagens metodológicas, uma vez que se exigem ações conjuntas, mais abrangentes e capazes de gerar atuação de todas as vigilâncias. A inadequação de recursos humanos, materiais, tecnológicos e de infraestrutura também contribuem para a atuação incipiente das vigilâncias em saúde na região da Zona da Mata Mineira.

Gil²¹ enfatiza que este quadro é um desafio muito grande para municípios pequenos, que além de sofrerem com a escassez de profissionais qualificados, apresentam um início tardio do processo de descentralização das ações. Considerando a importância da integralidade das ações, a falta de recursos materiais impacta negativamente a qualidade do serviço²². Ademais, o sucesso no gerenciamento de materiais depende principalmente do uso adequado por parte dos profissionais envolvidos, necessitando de controle e utilização correta, de forma a reduzir desperdícios e melhorar a eficiência²³.

Na subdimensão recursos tecnológicos também se observa um uso pouco efetivo da tecnologia disponível, abaixo das funções dos programas. Se, por um lado há disponibilidade de diversos sistemas de informação, por outro percebe-se que estes funcionam aquém de suas possibilidades, em grande parte pela falta de capacitação adequada dos responsáveis pelo gerenciamento dos mesmos²⁴. Os dados são coletados, inseridos nos sistemas, mas nem sempre utilizados para a tomada de decisão e solução de problemas.

Para alguns autores^{21,25}, as dificuldades pertinentes à implementação do instrutivo norteador das ações estaduais de Vigilância em Saúde¹⁴ estão relacionadas à fatores como insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros, o que leva à descontinuidade das ações e confirma os achados do presente estudo. Na prática o que ocorre é a priorização de algumas ações em detrimento de outras, afetando diretamente a resolubilidade²⁶ das mesmas, como no caso das ações voltadas ao controle do *Aedes aegypti* devido à epidemia de dengue/zika/chikungunya, ocorrida durante o estudo, em detrimento de outras ações, por desconsiderar as realidades locais.

Embora existam limitações importantes na dimensão Estrutura, ainda considerando a tríade de Donabedian para a avaliação da atuação das ações de Vigilância em Saúde regional, a dimen-

são Processo apresenta atuação avançada, no qual foram investigadas questões sobre a existência de canais de comunicação com a população e utilização de banco de dados (subdimensão gestão da informação), assim como aspectos relacionados à execução das ações obrigatórias da vigilância e sua periodicidade, além de ações de promoção da saúde, bem como a realização de ações articuladas e integradas entre as vigilâncias, órgãos parceiros e Atenção Primária à Saúde (subdimensão execução das ações). Especificamente ao analisarmos a subdimensão execução das ações, os quesitos sobre aquelas obrigatórias e a periodicidade de realização das mesmas foram ponderados positivamente entre as três vigilâncias e em todos os sete municípios avaliados, ao contrário dos critérios relacionados à realização de ações articuladas e integradas com outras vigilâncias e com a Atenção Primária à Saúde, ainda insuficiente nos municípios avaliados.

Tal fato nos remete à verticalidade das ações, já que os municípios têm que cumprir as metas, que são as ações obrigatórias em período determinado (quadrimestralmente), logo possuem essa preocupação para conseguir o recurso proveniente do plano de fortalecimento da Vigilância em Saúde, não se preocupando então com a articulação e a integração com outros setores. Nesse sentido, apresentam-se como falhas no processo de reorganização das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

No entanto, um aspecto de fundamental importância a ser descrito é a fragmentação das ações, superada eventualmente em casos da necessidade de intervenções conjuntas entre as vigilâncias, como a ocorrência recente da epidemia de dengue vivenciada na região, a qual implicou na mobilização e execução de ações integradas entre as vigilâncias, ainda que de forma pontual, pois as práticas integradas de intervenção não ocorrem no cotidiano e não foram protocoladas.

Além do mais, percebe-se que as capacitações exercem um importante papel enquanto processo de comunicação e diálogo no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças. Este tipo de ação é primordial não apenas para a seleção de recurso humano adequado, mas, sobretudo na rotina dos profissionais para reconhecimento da sua função e no processo de trabalho como um todo, devendo ocorrer de forma descentralizada e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais e a partir de cada realidade, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o cuidado²⁷.

A subdimensão gestão do processo e monitoramento revelou que os municípios passam por

avaliação da Secretaria Estadual de Saúde (SES), através da Gerência Regional de Saúde (GRS), trimestralmente. No entanto, a maioria dos municípios não realiza avaliação interna. Além disso, tanto a avaliação externa quanto a interna, quando realizadas, possuem abordagem quantitativa das ações por meio das metas definidas pelo governo de Minas Gerais no Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais¹⁴, não considerando os aspectos qualitativos para o alcance dos objetivos²⁸. Destarte, avaliações internas, realizadas nos contextos municipais, poderiam constituir-se em instrumentos importantes de complementação dos processos avaliativos instituídos, auxiliando a qualidade dos processos de trabalho.

A dimensão Resultado foi classificada como atuação intermediária. Um dualismo encontrado nos dados foi a média elevada da subdimensão satisfação profissional e a baixa resolubilidade, outra subdimensão avaliada. Com base nas respostas sobre satisfação profissional percebe-se a existência de potencialidades como autovalorização, satisfatória experiência profissional e desempenho adequado favorável à resolubilidade de sua área de atuação. Entretanto, a existência da sobrecarga de trabalho e a remuneração inadequada podem favorecer fatores de estresse presentes na dinâmica de trabalho e prejudicar o desenvolvimento de novas práticas profissionais que possibilitem a reestruturação do modelo de Vigilância em Saúde.

A subdimensão resolubilidade foi avaliada como incipiente na Vigilância Epidemiológica dos municípios A, B, C, D, E, F e G, na Vigilância Sanitária dos municípios D, E, F e G, na Vigilância Ambiental dos municípios E e G. Tal fato relaciona-se à inadequação das metas à realidade municipal. Como exemplos pode-se citar a inexistência natural de casos de determinados agravos ou doenças, embora seja exigido coleta de amostra laboratorial de casos para a Vigilância Epidemiológica; falta de material para análise, como no caso da realização de inquérito canino censitário de leishmaniose visceral para a Vigilância Ambiental; e exiguidade de profissionais qualificados para avaliação de projetos arquitetônicos na Vigilância Sanitária. Cada vigilância possui suas metas e procura cumprir no prazo estipulado, mas sempre agindo emergencialmente e separadas.

A síntese das dimensões avaliadas neste estudo configura um cenário de atuação intermediária, dominando limites ao invés de espaço de

autonomia, perpetuando um excesso de verticalidade nos programas e decisões, o que dificulta mudanças em direção à integração das ações de Vigilância em Saúde²⁰.

Diante do encontrado neste estudo, percebe-se que a atenção da Vigilância em Saúde nos sete municípios da Zona da Mata Mineira encontra-se fragmentada no processo de reorganização das práticas, mas com alguns avanços na perspectiva da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, com aumento da responsabilização dos profissionais de saúde e elevação dos coeficientes de vínculo e confiança.

A descentralização associada à integração das ações de Vigilância em Saúde encontra-se em processo incipiente de implementação para todos os municípios. Em decorrência do potencial de impacto positivo no perfil de morbimortalidade local, se faz necessário o fortalecimento do monitoramento qualitativo das ações e a melhoria da capacidade de análise dos dados epidemiológicos gerados, bem como a promoção da educação permanente dos profissionais.

Desta forma, o estudo sinaliza os diversos graus de atuação da Vigilância em Saúde e classifica-os. Com isso, demonstra-se a necessidade de acompanhamento e reestruturação das ações de atenção à saúde e revela a necessidade de reestruturação das vigilâncias, das metas preconizadas e das ações conjuntas de forma periódica, a fim de vencer os principais desafios do processo de saúde-doença atual, delineando caminhos de controle, monitoramento e prevenção de doenças. Sendo assim, este estudo possibilitou um panorama geral da atuação das vigilâncias de modo a fomentar novos estudos e pesquisas para validação e elaboração de novos instrumentos de informação e análise regional, despertando nas autoridades locais e regionais uma nova visão sobre as necessidades e os problemas de saúde e construindo elos de integração intermunicipais que beneficiem os municípios no controle e prevenção das doenças atuais e crescentes no país.

Conclusão

Os achados deste estudo apontam para uma atuação fragmentada da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira no processo de reorganização das práticas de saúde. Embora alguns avanços tenham sido identificados, chama atenção a necessidade de acompanhamento e reestruturação das ações tendo como meta um controle

eficaz frente aos surtos de doenças emergentes e reemergentes que veem sendo identificadas tanto no Brasil, como no mundo.

Neste sentido, ressalta-se a importância estratégica e primordial do investimento, por parte dos gestores locais, estaduais e nacional na capacitação e educação permanente dos sujeitos responsáveis pela coordenação, gestão e execução das ações de Vigilâncias em Saúde, com foco nos municípios, mas com olhos no país como um todo.

Colaboradores

CP Donateli contribuiu com a concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados. Além da redação do artigo. PS Avelar contribuiu com o delineamento e análise dos dados. Além da revisão crítica do artigo. ABN Einloft e RMM Cotta contribuíram com o delineamento dos dados. Além da revisão crítica do artigo. GD Costa contribuiu com a concepção e o delineamento do estudo. Além da revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento do projeto.

Referências

- Luna EJA, Silva JR. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 123-176.
- Ponte CMM, Gurgel MHC, Ponte GA, Ramos AVA, Montenegro Júnior RM. Distúrbios metabólicos em doenças infecciosas emergentes e negligenciadas. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2010; 54(9):785-792.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
- Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2002; 5(3):229-243.
- Lindoso JAL, Lindoso AABP. Neglected tropical diseases in Brazil. *Rev. Inst. Med. trop.* 2009; 51(5):247-253.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saude Publica* 2010; 44(1):200-202.
- Yamey G. The world's most neglected diseases: ignored by the pharmaceutical industry and by public-private partnerships. *BMJ* 2002; 325(7357):176-177.
- Teixeira MG, Costa MCN, Barreto F, Barreto ML. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(1):7-18.
- Guimarães MCS, Silva CH, Lins RA, Mattos MC, Cendón BV. Produção científica em Dengue: um olhar a partir da coleção Brasil da Scielo. *Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação* 2014; 7(2):5336-5354.
- Garcia LP, Duarte E. Evidências da vigilância epidemiológica para o avanço do conhecimento sobre a epidemia do vírus Zika. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(4):679-681.
- Santos DN, Aquino EML, Menezes GMS, Paim JS, Silva LMV, Souza LEPE, Teixeira MG, Barreto ML. *Documento de posição sobre a triplíce epidemia de Zika-Dengue-Chikungunya*; 2016 [acessado 2016 set 30]. Disponível em: <https://goo.gl/9wIT44>.
- Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate* 2015; 39(104):255-267.
- Costa NR. Os desafios atuais da política pública para a Dengue. *Valor Econômico*. 2011. [acessado 2016 set 23]. Disponível em: <https://goo.gl/Jmt9Vf>
- Laguardia FC, Quintino ND, Gusmão RB, Moraes CAL, Oliveira PBB. *Instrutivo para execução e avaliação das ações de Vigilância em Saúde: projeto fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: SES-MG; 2014.
- Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de atuação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1737-1745.
- Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, Samico I, Almeida CKA. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de atuação das ações. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4):827-839.
- Donabedian A. The quality of care - How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(174):3-8.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2014.
- Dias EC, Lacerda E, Silva T, Almeida MHC. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. *Cad. Saúde Colet.* 2012; 20(1):15-24.
- Santos L. Integração das ações e serviços de saúde descentralizados em rede de atenção à saúde. *Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania*. 2013. [acessado 2016 out 24]. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/>
- Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):490-498.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2010.
- Gil Chaves LA. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. *Rev. Eletr. Enf.* 2015; 17(1):100-107.
- Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 1999; 14:111-141.
- Tanaka OU, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 121-136.
- Vonzuben BA, Donalísio M. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. *Cad Saude Publica* 2016; 32(6):e00087415.
- Hergesel L. *A importância da capacitação do profissional da sala de vacina para um atendimento eficiente e seguro*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2009.

Artigo apresentado em 30/05/2017

Aprovado em 26/06/2017

Versão final apresentada em 19/07/2017

