

Bruna Carla Storck

**A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EM ÂMBITO MUNICIPAL:
um estudo de caso**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Selma Regina de Andrade

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Storck, Bruna Carla

A articulação das ações de Vigilância em Saúde em âmbito municipal : um estudo de caso / Bruna Carla Storck ; orientadora, Selma Regina de Andrade, 2019. 159 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Vigilância em Saúde. 4. Integralidade em Saúde. 5. Articulação. I. Andrade, Selma Regina de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

BRUNA CARLA STORCK
A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EM ÂMBITO MUNICIPAL: um estudo de caso

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de fevereiro de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Selma Regina de Andrade
Presidente



Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Membro (titular)



Dr. Luis Antônio Silva
Membro (titular)

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida, pela jornada que Ele planejou para mim e por me amparar nos momentos de angústias e incertezas.

Aos meus pais, **Bruno Junior e Ragnit**, por todo amor, carinho e dedicação. Mãe, és para mim um exemplo de mulher!

Às minhas irmãs, **Rafaellen e Susan**, por todas as alegrias que compartilhamos e pelas dificuldades que superamos juntas.

Ao meu amado esposo, **Leonardo**, pela união sólida que construímos e, por nesses últimos dois anos, ter sido paciente, dedicado e solícito diante dos desafios que me propus a enfrentar. Sempre com belas palavras de otimismo, não me permitiu desistir mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, **Profª Dra. Selma Regina de Andrade**, por ter dedicado seu tempo às minhas dúvidas e inquietações enquanto pesquisadora iniciante, compartilhando seus conhecimentos e me conduzindo durante essa caminhada! Expresso especial gratidão por ter aberto as portas da vida acadêmica para mim, confiando no meu trabalho, respeitando minhas limitações e me fazendo ir além do que eu imaginava ser capaz.

Às orientandas da Profª Dra. Selma Regina de Andrade, **Talita, Andriela e Márcia**. Cada uma de vocês esteve presente em pelo menos uma fase do meu mestrado e eu sou muito grata por todo apoio e suporte que me deram, especialmente nos momentos mais críticos. Serei sempre grata!

À minha amiga mais antiga, **Alessandra**, com quem tive a felicidade de contar em diversos momentos da minha vida e me apoiou durante essa jornada.

Às amigas que o mestrado me proporcionou, **Elizabeth e Thyara**, sou muito grata pelas caronas compartilhadas, pelas experiências trocadas e, acima de tudo, pelas palavras de apoio e motivação. Enfim, concluímos essa etapa!

Aos colegas do **Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GPEDES)**. Mesmo não tendo um convívio próximo, sempre encontrei pessoas dispostas a me ajudar nos momentos em que estive presente no grupo.

Aos membros da **Banca Examinadora**, por aceitarem o convite e contribuírem para o enriquecimento deste trabalho.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo ambiente acolhedor e estimulante ao aprendizado.

À **Secretaria Municipal de Promoção da Saúde de Blumenau – SC**, por autorizar a realização da pesquisa.

Aos **gestores** que autorizaram meu afastamento para o cumprimento das disciplinas e das atividades relacionadas ao mestrado. Espero retribuir essa confiança com o meu trabalho e dedicação. Estendo esse agradecimento aos meus **colegas de trabalho**, que entenderam minhas ausências e supriram a minha falta nesses momentos!

Agradeço também aos profissionais de Vigilância em Saúde, que dispuseram do seu tempo e aceitaram contribuir para o enriquecimento dessa pesquisa. Muito obrigada!

Por todos os ensinamentos e valores que deles
recebi, dedico esta dissertação aos meus avós!

RESUMO

A Vigilância em Saúde é compreendida como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise, interpretação de dados relacionados à saúde e divulgação dessas informações, com propósito de fornecer embasamento para o planejamento e execução de ações de saúde pública para a proteção e promoção da saúde, bem como a prevenção de doenças e agravos. Suas ações se organizam em torno da Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, tendo a Análise da Situação de Saúde e as Ações Laboratoriais como eixos transversais, que articulados, tornam-se capazes de produzir melhores desfechos para a saúde. Esse estudo tem por objetivo compreender o espaço de atuação e a articulação dos componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau. O Manuscrito 1 contempla a revisão de literatura, que descreve o estado da arte nacional e internacional sobre a articulação das ações de Vigilância em Saúde e os fatores que afetam positiva ou negativamente sua concretização. Trata-se de um estudo de caso único com três unidades integradas de análise, com abordagem qualitativa. Participaram dessa pesquisa profissionais que se encontravam em cargos de gestão da saúde durante a coleta de dados, além de profissionais que atuam há mais de três anos em um dos componentes da Vigilância em Saúde local, totalizando 14 participantes. A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2018. Foi realizada a triangulação dos dados coletados por meio das entrevistas focadas, encontros de Grupo Focal e análise documental. A análise dos dados seguiu a técnica de construção da explanação proposta por Yin (2015), com ferramenta de apoio o software MaxQDA@plus. A partir dos códigos gerados, os dados foram organizados em cinco categorias analíticas, organizadas em dois manuscritos. O Manuscrito 2 contempla as categorias: A nossa Vigilância em Saúde: o que sabemos a respeito e O espaço da Vigilância em Saúde na gestão municipal. O Manuscrito 3 contempla as categorias: A articulação dos saberes, processos e práticas de Vigilância em Saúde; Aspectos facilitadores e limitadores da articulação e Um breve olhar para o horizonte. Os resultados desse estudo evidenciaram que os profissionais compreendem, em diferentes níveis de aprofundamento, o propósito da Vigilância em Saúde no nível local, contudo percebem que há pouco espaço para sua participação na construção de instrumentos de gestão. Ademais, os resultados evidenciaram que as ações de Vigilância em Saúde são realizadas de maneira articulada apenas em situações específicas e de maneira incipiente. Conclui-se que para que as ações sejam articuladas é necessário investir no planejamento coletivo,

possibilitando a participação de todos os componentes nesse processo, além de ofertar capacitações contínuas para os profissionais que atuam na vigilância, para que eles possam refletir sobre sua atuação e reconhecer a ampliação do potencial das suas ações se realizadas de maneira articulada. O controle social também deve estar apto e tornar-se participativo no planejamento da Vigilância em Saúde, envolvendo todos os segmentos da gestão em um processo alinhado aos objetivos de prevenção e controle de doenças e agravos, protegendo e promovendo a saúde da população do seu território.

Palavras-chave: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Vigilância em Saúde. Integralidade em Saúde. Articulação.

ABSTRACT

Health Surveillance is understood as a continuous and systematic process of collecting, consolidating, analyzing, interpreting health-related data and disseminating this information, in order to provide a basis for the planning and execution of public health actions for the protection and promotion of health, as well as the prevention of diseases and diseases. Its actions are organized around the Epidemiological, Sanitary, Environmental and Occupational Health Surveillance, and the Health Situation Analysis and the Laboratory Actions as transversal axes, which articulate, become capable of producing better outcomes for health. This study aims to understand the area of action and articulation of the components of Health Surveillance in the city of Blumenau. Manuscript 1 contemplates the literature review, which describes the national and international state of the art about the articulation of Health Surveillance actions and the factors that positively or negatively affect their implementation. This is a single case study with three integrated units of analysis, with a qualitative approach. This research was carried out by professionals who were in positions of health management during data collection, in addition to professionals who have been working for more than three years in one of the components of the local Health Surveillance, totaling 14 participants. Data collection took place from March to June 2018. Triangulation of data collected through focused interviews, focus group meetings and documentary analysis was performed. The analysis of the data followed the technique of construction of the explanation proposed by Yin (2015), with tool of support the software MaxQDA®plus. From the generated codes, the data were organized into five analytical categories, organized into two manuscripts. Manuscript 2 contemplates the categories: Our Surveillance in Health: what we know about it and The space of Health Surveillance in municipal management. Manuscript 3 contemplates the categories: The articulation of the knowledge, processes and practices of Health Surveillance; Facilitating and limiting aspects of articulation and A brief look at the horizon. The results of this study showed that professionals understand, at different levels of deepening, the purpose of Health Surveillance at the local level, however they realize that there is little space for their participation in the construction of management instruments. In addition, the results showed that the actions of Health Surveillance are carried out in an articulated way only in specific situations and in an incipient way. It is concluded that for actions to be articulated it is necessary to invest in collective planning, enabling the participation of all components in this process, as

well as offering continuous training for the professionals who work in the surveillance, so that they can reflect on their performance and recognize the expansion of the potential of its actions if carried out in an articulated way. Social control should also be able to become participatory in Health Surveillance planning, involving all segments of management in a process aligned with the objectives of prevention and control of diseases and diseases, protecting and promoting the health of the population of its territory.

Keywords: Public Health. Unified Health System. Health Surveillance. Integrality in Health. Articulation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A Vigilância em Saúde inserida no Sistema Único de Saúde	31
Figura 2 – Etapas da revisão integrativa.	44
Figura 3 – Fluxograma de coleta e seleção dos estudos.	46
Figura 4 – Caso único com unidades integradas de análise	64
Figura 5 – Sistema de códigos da pesquisa	69
Figura 6 – Organograma da Secretaria Municipal de Promoção da Saúde de Blumenau.....	76
Figura 7 – Terceiro eixo do Plano Municipal de Saúde 2018-2021: “Vigilância e informações em saúde”	77
Figura 8 – Mapa de localização das estruturas físicas da Vigilância em Saúde e Secretaria Municipal de Promoção da Saúde.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa	48
Quadro 2 – Documentos do caso, Blumenau, 2018.	68
Quadro 3 - Categorias e subcategorias da pesquisa.....	70
Quadro 4 - Documentos do caso, Blumenau, 2018.	86
Quadro 5 - Documentos do caso, Blumenau, 2018.	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEDAP	Centro Especializado de Diagnóstico, Assistência e Prevenção
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PVE	Pesquisa Vetorial Especial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAE	Serviços de Atendimento Especializado
SEMUS	Secretaria de Promoção da Saúde de Blumenau
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
VISAmb	Vigilância em Saúde Ambiental
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	27
3.1	GESTÃO EM SAÚDE: A VIGILÂNCIA COMO UMA POLÍTICA.....	27
3.2	COMPONENTES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE – UM PASSO ANTERIOR À SUA INCLUSÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	31
3.2.1	Os componentes da Vigilância em Saúde	32
3.2.2	Eixos transversais da Vigilância em Saúde	37
4	REVISÃO DE LITERATURA	41
4.1	MANUSCRITO 1: Articulação das ações de vigilância em saúde: uma revisão integrativa.....	41
5	PERCURSO METODOLÓGICO	63
5.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	63
5.2	DEFINIÇÃO DO CASO E UNIDADES DE ANÁLISE	63
5.2.1	Definição do caso	63
5.2.2	Delimitação do caso	65
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	65
5.4	COLETA DOS DADOS: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS .	66
5.5	TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS ...	68
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	72
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
6.1	RELATÓRIO DO CASO	75
6.1.1	Contexto	75
6.1.2	O caso da Vigilância em Saúde de Blumenau	78
6.2	UNIDADES INTEGRADAS DE ANÁLISE.....	80
6.2.1	Unidades integradas de análise	80
6.3	MANUSCRITO 2: A Vigilância em Saúde na esfera municipal: perspectivas de gestores e de profissionais.....	83
6.4	MANUSCRITO 3: A articulação das ações de Vigilância em Saúde: a realidade de um município catarinense de grande porte.	103
7	CONCLUSÃO	129
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICES	145

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	146
APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	148
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Entrevista)	151
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo Focal).....	153
ANEXOS	155
ANEXO I – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE BLUMENAU	156
ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	157

1 INTRODUÇÃO

O compromisso com a saúde definido pela Constituição Federal continua sendo um desafio para todos os entes federativos, mesmo após a promulgação de inúmeros instrumentos legais a respeito. As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira e a progressiva demanda por serviços aumentam a desvantagem do sistema na corrida pela garantia dos princípios de acesso universal e igualitário por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (MARQUES, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS), política pública que provocou inquietações desde a sua origem, vigora com a difícil tarefa de materialização de princípios doutrinários como universalidade, integralidade, equidade, descentralização político-administrativa e participação da comunidade, e de princípios de organização como descentralização com direção única, regionalização, hierarquização, participação da comunidade e participação complementar do setor privado (VIACAVA et al., 2018).

Da concepção do SUS iniciou-se o movimento de criação de normativas operacionais, responsáveis por avanços em alguns aspectos organizacionais, especialmente na descentralização das ações e regulamentação do financiamento. Contudo, houve certo distanciamento das especificidades da situação de saúde de cada região do país e excessiva burocratização dos processos. Diante desse cenário, em 2011 foi publicado o Decreto 7.508, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (SANTOS, 2018), relativamente à organização de Regiões de Saúde, Hierarquização, Planejamento e Assistência à Saúde, criação da Relação Nacional de Serviços de Saúde e de Medicamentos Essenciais, Articulação Interfederativa, Comissões Intergestores e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2011).

Concebidas com intuito de garantir a integração das ações fragmentadas pela descentralização anteriormente promovida pelas normas operacionais do SUS, as Regiões de Saúde são configurações territoriais estabelecidas em áreas geográficas próximas, em que os municípios estão pactuados e organizados de maneira colaborativa e favorável à participação social, direcionados à busca do acesso universal, equânime e ao cuidado integral. Cabe aos municípios das regiões prestar suporte àqueles de menor porte na execução de ações de maior complexidade, no entanto, as ações de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde são de responsabilidade de cada município (SANTOS; CAMPOS, 2015).

No contexto do SUS, a Vigilância em Saúde é parte indissociável da política de saúde brasileira, compreendida como uma forma constante e organizada de coletar, fortalecer, analisar e divulgar dados sobre situações de interesse à saúde, com o objetivo de embasar o planejamento, a tomada de decisões e a execução de ações voltadas à proteção da saúde, prevenção e controle de agravos e a promoção da saúde (ANDRADE et al., 2015). Estas ações devem estar alinhadas à todas as ações realizadas pelo SUS, orientadas no sentido da integralidade da atenção à saúde, apoiadas no processo de identificação das questões que afetam a saúde no território em que serão realizadas, articulando-se, para isso, com todos os atores envolvidos na produção de saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

Os princípios norteadores do SUS, neste caso em especial a descentralização, possibilitaram a redefinição dos papéis de cada esfera de gestão da Vigilância em Saúde. Aos níveis federal e estadual coube a responsabilidade de planejamento, elaboração e coordenação das políticas de saúde, e aos municípios a sua execução (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

No âmbito da União, as ações de Vigilância em Saúde são de competência do Ministério da Saúde, sendo a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) as coordenadoras do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, respectivamente. No âmbito estadual, as ações são de competência das Secretarias Estaduais de Saúde e, por fim, na esfera municipal cabem às Secretarias Municipais de Saúde estabelecer sua forma de atuação, adequando suas políticas à realidade do município, considerando a regulamentação nacional e estadual (PINTO JUNIOR; CERBINO NETO; PENNA, 2014).

Posto que a execução de grande parte das ações de Vigilância em Saúde ocorre em nível municipal, considerando a realidade local e as especificidades do território em que está inserida, a organização de suas ações se dá em torno de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, apoiadas pelas ações laboratoriais e pela análise de situação de saúde local (BRASIL, 2018).

A Vigilância em Saúde no Brasil foi sendo construída e remodelada ao longo dos anos, acompanhada por normativas relacionadas à sua organização, planejamento, execução e financiamento. Contudo, permanecia a necessidade de construção de uma política nacional para melhor entendimento do escopo de suas ações, as competências de cada nível administrativo e suas responsabilidades frente aos desafios para a manutenção da saúde no país. Assim sendo, em 2013 ocorreu a criação

de um Grupo de Trabalho Tripartite, que deu início ao processo de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), despertando um novo olhar sobre a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2014a).

Em 2015, a pauta para realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde emergiu da 15ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida naquele ano, e da crescente discussão sobre o tema. O objetivo da 1ª Conferência foi democratizar o processo de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde para a garantia do direito à promoção e proteção da saúde dos brasileiros (BRASIL, 2017a).

Para nortear o trabalho e auxiliar os participantes na construção das propostas para a elaboração da PNVS, foram estabelecidos quatro subeixos temáticos a serem discutidos durante a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: o lugar da vigilância em saúde no SUS; responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde; saberes, práticas, processos de trabalho e tecnologias na Vigilância em Saúde; e Vigilância em Saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde (BRASIL, 2017a).

À medida que os trabalhos da construção da PNVS avançavam, reafirmava-se a perspectiva de que a Vigilância em Saúde não se faz apenas pela soma dos seus componentes, mas pelo alinhamento de objetivos, pautados pela integração e articulação no planejamento e execução das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, do trabalhador e ambiental (NETTO et al., 2017). Para uma intervenção positiva nos determinantes e condicionantes de saúde da população de um território, a Vigilância em cada município brasileiro, além de outros princípios e diretrizes, necessita estabelecer a articulação entre seus componentes, favorecendo o compartilhamento de conhecimentos e de experiências e a atuação em equipes (BRASIL, 2018).

Contudo, anterior à articulação entre os componentes, encontra-se a premissa de que a Vigilância em Saúde deverá dispor dos recursos necessários para cumprir seus objetivos (LIMONGI et al., 2017). Estudo realizado por Recktenwaldt e Junges (2017) revela que o processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde do nível federal para os municípios demandou aos gestores locais reflexões a respeito do seu processo de gestão, implicando no remodelamento das estruturas administrativas e no aprimoramento das equipes locais. Entretanto, mesmo com a descentralização gradativa das atribuições, nem todos os municípios conseguiram cumprir completamente os requisitos necessários para o pleno desempenho das ações de Vigilância em Saúde.

No município de Blumenau, a Diretoria de Vigilância em Saúde está diretamente subordinada à Secretaria Municipal de Promoção da Saúde (SEMUS), sendo composta pela Gerência de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental e Gerência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BLUMENAU, 2018a).

Blumenau é o terceiro município mais populoso do Estado de Santa Catarina, sede da Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, formada por 14 municípios, e referência para os demais municípios em termos de suporte técnico-operacional com vistas ao atendimento integral das necessidades de saúde da população (IBGE, 2010; BRASIL, 2011; SANTA CATARINA, 2012). Embora a SEMUS contemple em seu organograma uma Diretoria de Vigilância em Saúde, na prática, ainda persistem ações executadas de maneira fragmentada e desarticulada.

A escolha do caso e do contexto originou-se com base na realidade vivenciada pela pesquisadora na sua atuação enquanto enfermeira da Vigilância Epidemiológica. O cotidiano no trabalho neste setor despertou inquietações sobre a necessidade de efetiva articulação entre os componentes que constituem a Vigilância em Saúde local, que devem estar aptos a analisar o cenário local e construir de maneira conjunta estratégias e ações voltadas à integralidade da atenção à saúde. Ademais, o processo de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde, do qual a pesquisadora participou das reuniões preparatórias e das etapas macrorregional e estadual da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, somados à escassez de estudos produzidos nesta temática evidenciam a relevância deste estudo.

Diante do conjunto de diretrizes que norteiam a Vigilância em Saúde, e considerando uma experiência local estruturada administrativamente, este estudo adotou a seguinte proposição teórica: a articulação entre os distintos componentes configura-se como requisito para o planejamento e execução das ações de Vigilância em Saúde na gestão municipal e depende do compartilhamento de conhecimentos e experiências. Com base nesta proposição, questiona-se: **Como se articulam os componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o espaço de atuação e a articulação dos componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sistematizar o conhecimento existente sobre a articulação das ações de Vigilância em Saúde no âmbito nacional e internacional.
- Identificar as perspectivas dos gestores e dos profissionais da Vigilância em Saúde quanto ao seu espaço de atuação na gestão municipal.
- Analisar as situações em que ocorre articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde e entre esta e as demais áreas e/ou setores relacionados à gestão da saúde.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta a sustentação teórica do estudo, organizada em dois eixos temáticos principais, construídos à luz da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Primeiramente há uma breve contextualização sobre a Vigilância em Saúde no país como integrante do Sistema Único de Saúde. Em seguida são apresentados os componentes da Vigilância em Saúde, acompanhados de um breve resgate histórico até a sua atual configuração, estabelecida pela recém-criada Política Nacional de Vigilância em Saúde.

3.1 GESTÃO EM SAÚDE: A VIGILÂNCIA COMO UMA POLÍTICA

Os interesses coletivos de determinada população podem ser entendidos como problemas públicos a serem solucionados pelo gestor, de modo que melhore a qualidade de vida das pessoas pela resolução completa ou minimização do problema. Para tanto são concebidas as políticas públicas, compreendidas como a manifestação tangível (metodologias) de algo subjetivo (SECCHI, 2016).

Elaborar políticas públicas de modo que essas operem de maneira articulada e integrada entre os diversos atores/componentes que estarão envolvidos é, sem dúvida, uma tarefa complexa. Martins (2003, p. 74) sustenta que “os processos de formulação e implementação de políticas são considerados, ‘por natureza’, problemáticos, sujeitos a fragmentação, embora passíveis de convergência”.

A política pública de saúde brasileira em vigor vem sendo construída ao longo dos últimos 30 anos e tem por natureza a busca pela garantia de atenção universal e integral à saúde de toda a população por meio de arranjos complexos, planejando e executando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovendo a integralidade da atenção conforme as necessidades de cada indivíduo ou comunidade (VIACAVA et al., 2018).

Contudo, o direito de todos e dever do Estado exige atenção dos gestores na construção de propostas factíveis e, além de outros aspectos, garantir sua sustentabilidade financeira requer esforços. De 1988 até hoje diversos mecanismos legais foram estabelecidos a fim de garantir os recursos. Findaram-se os seis blocos específicos de financiamento e as transferências do Fundo Nacional de Saúde foram divididas nos blocos de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017b). Além do montante federal, a legislação atual prevê aplicação anual de percentual

mínimo da arrecadação de impostos na área da saúde, sendo 12% pelos estados e 15% pelos municípios (BRASIL, 2012).

Diante dos inúmeros instrumentos legais relacionados à área da saúde redigidos no país, o Ministério da Saúde iniciou em 2017 um trabalho de revisão de quase 20 mil portarias publicadas pelo Gabinete do Ministro, visando eliminar redundâncias e contradições. Desse esforço emergiram até o momento seis Portarias de Consolidação, também conhecidas como Código SUS ou SUS Legis, quais revogaram as portarias anteriores, unificando seu conteúdo em um único instrumento (SANTOS; LIMA, 2018).

A Vigilância em Saúde está inserida no escopo da política pública de saúde brasileira e, em sua essência, representa a possibilidade de mitigação de problemas de saúde em determinado território por meio de análise contínua dos riscos à saúde pública estando, para tanto, articulada à vários setores dentro e fora de sua estrutura, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

Buscando consolidar essa prática, o Ministério da Saúde criou em 2003 a Secretaria de Vigilância em Saúde, centralizando nesta diversas atividades realizadas por distintos órgãos, extinguindo o antigo Centro Nacional de Epidemiologia e trazendo para si algumas funções desempenhadas pela Fundação Nacional de Saúde. À nova secretaria foram imbuídas ações relacionadas às doenças transmissíveis, doenças e agravos crônicos e não transmissíveis, a análise da situação de saúde, dentre outras (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Sanar ou atenuar problemas públicos de saúde em um país heterogêneo como o Brasil implica em esforços na construção de políticas públicas capazes de atender as necessidades da população de maneira integral e equânime. As recentes discussões reafirmam a relevância da Vigilância em Saúde para a garantia da saúde, e a necessidade da construção da sua política nacional resultou na criação de um grupo técnico, a partir do qual emergiu um documento base, amplamente discutido até a construção do texto final da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) (BRASIL, 2014a).

Concomitante às discussões do grupo técnico, o Conselho Nacional de Saúde propôs a realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, ocorrida em 2018 e precedida por etapas municipais ou macrorregionais e estaduais realizadas no ano de 2017. O objetivo da Conferência foi ampliar os espaços de debate da PNVS, fomentando a discussão das diretrizes para a construção desse documento, bem como o fortalecimento das ações de promoção e proteção da saúde. O tema central da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde foi “Vigilância em

Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade” (BRASIL, 2017a).

Diante da importância das ações desenvolvidas no âmbito da Vigilância em Saúde e, considerando os aspectos históricos que influenciaram o remodelamento e a criação de novos componentes, no cenário atual do país reafirma-se a necessidade de promover a interlocução, integração e articulação entre todos os componentes da Vigilância em Saúde, especialmente em nível municipal, onde a maior parte das ações é realizada (QUEIROZ et al., 2012).

A primeira versão publicada da PNVS reafirma o conceito de Vigilância em Saúde como:

“processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças” (BRASIL, 2018).

E ao reiterar esse conceito de Vigilância em Saúde, a política mostra-se alinhada aos objetivos do SUS de garantia da promoção e proteção da saúde, sendo estes também a finalidade da Vigilância em Saúde. Para Japiassú e Marcondes (2001), a finalidade é entendida como “caráter daquilo que, de modo consciente, tende para um objetivo através da organização dos meios”.

Intervir positivamente na vida das pessoas significa materializar ações que proporcionem bem-estar físico, mental e social, ambientes saudáveis para moradia, trabalho e lazer, alimentação salubre, combate à inatividade física, redução do uso abusivo do tabaco, álcool e outras drogas, e a promoção da paz. Para tanto, essas medidas devem ser concretizadas com o apoio de todos os atores do SUS, sociedade civil e governantes (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

Superar o modelo biomédico, predominantemente curativista, apoiado no uso de alta tecnologia e intensa medicalização, instigou o debate quanto aos novos meios de se fazer saúde. Entretanto, a construção desse novo paradigma não ocorreu de maneira linear, estando quase sempre cercada por polêmicas e divergências. Um ponto alto nessa discussão ocorreu durante a I Conferência Internacional de Promoção da

Saúde em 1986, que culminou na redação da Carta de Otawa (MAGALHÃES, 2016).

No Brasil, a transformação dos conceitos em práticas começou a ser formalizada pela Constituição Federal, até que em 2006 foi concebida a primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que, em coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde, foi revisada em 2013, preconizando a integração com as demais políticas de saúde existentes e a articulação de ações com demais setores como a proteção social, a assistência e a previdência social (BRASIL, 2015a).

A PNPS está orientada à redução dos riscos e vulnerabilidades decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que podem comprometer a saúde humana. Para tanto, estimula o empoderamento do indivíduo, considerando sua autonomia e singularidade assim como da comunidade em que se insere no território. Promove equidade, a intra e intersectorialidade, a integralidade, a territorialidade, a corresponsabilidade, a participação social, a melhoria das condições de vida e a sustentabilidade (BRASIL, 2015a).

A nova versão da PNPS estabelece eixos operacionais, entendidos como estratégias aliadas aos valores, princípios, diretrizes e objetivos para efetivar as ações de promoção da saúde. São estes a territorialização, a articulação e cooperação intra e intersectorial, as RAS, a participação e o controle social, a gestão, a educação e a formação, a vigilância, monitoramento e avaliação, a produção e disseminação de conhecimentos e saberes e a comunicação social, que reafirmam a premissa da participação de todos os envolvidos na área da saúde (BRASIL, 2015a).

Além de promover condições necessárias para a melhoria da saúde da população, proteger a saúde de um indivíduo ou de uma população implica em impedir que algo ou alguém lhe cause algum risco ou dano, quer seja esse intencional ou não. Para tanto, o Estado também deve legislar a favor da proteção e garantir meios para que essa se concretize, assumindo ainda o papel de fiscalizador e orientador nesse processo (SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

Assim, mais do que evitar a doença, o olhar dos gestores deve estar focado na promoção da saúde de sua população, melhoria da qualidade de vida por meio do favorecimento do protagonismo do sujeito em sua situação de saúde, eliminação ou redução dos riscos e vulnerabilidades, análise da situação de saúde e os fatores determinantes e condicionantes que sobre ela incidem (BRASIL, 2010a).

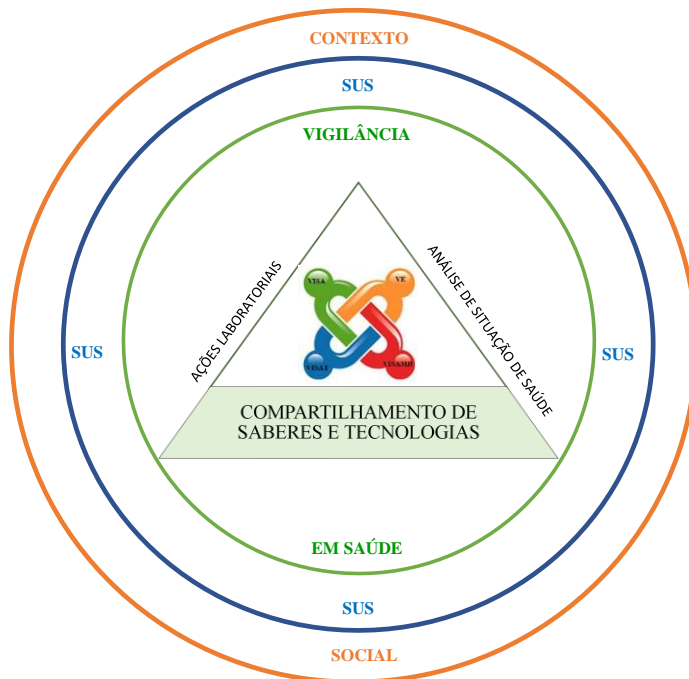


Figura 1 - A Vigilância em Saúde inserida no Sistema Único de Saúde.
Fonte: elaborado pela pesquisadora

3.2 COMPONENTES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE – UM PASSO ANTERIOR À SUA INCLUSÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A lógica do arranjo dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) começou a tomar forma no Brasil em 2010 por meio da Portaria 4.279. Neste documento é reconhecida a intensa fragmentação e desarticulação persistente no planejamento e execução das ações de saúde. A resistência do modelo biomédico, mesmo com os significativos avanços já alcançados, aliada às especificidades locais de um país continental, corroboram a necessidade de aprimoramento dos recursos de gestão, quer sejam financeiros ou não, bem como a efetiva articulação entre todos os envolvidos na garantia da saúde da população brasileira. Ademais, a Portaria destaca também a participação limitada da Vigilância

e da Promoção da Saúde nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária (BRASIL, 2010b).

Diante dessa perspectiva, faz-se necessário observar a organização do SUS em RAS, compreendidas pela organização horizontal de diversos atores e serviços de saúde, centrados na Atenção Primária, para resolução das demandas de saúde da população. Essa composição poliárquica tem por objetivo único atender ao princípio da integralidade por meio da garantia de continuidade do cuidado individual ou coletivo, independente da necessidade tecnológica requerida para sua efetivação (MENDES, 2010).

À medida que ocorreram os debates referentes à PNVS até a sua redação final, a composição atual da Vigilância em Saúde é reformulada pela compreensão de que ela consiste na atuação integrada e articulada da Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e do Trabalhador, tendo a Análise da Situação de Saúde e as Ações Laboratoriais como eixos transversais imprescindíveis para a efetivação da Vigilância em Saúde, entendimento adotado neste estudo (BRASIL, 2018).

Reconhecer os componentes que constituem a Vigilância em Saúde, sua estrutura organizacional, o escopo de suas ações e o seu potencial para intervenções positivas sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde brasileira configura requisito para a adequada inserção da Vigilância em Saúde nas RAS e superação da fragmentação das ações de saúde (FARIA; BERTOLOZZI, 2009).

3.2.1 Os componentes da Vigilância em Saúde

Conceituar epidemiologia pode ser uma tarefa espinhosa, uma vez que não se pode encaixá-la em conceitos rígidos e estáticos. Muito mais do que identificar e analisar números, ocupa-se da definição dos mecanismos envolvidos no processo saúde-doença e as maneiras pelas quais esse se dá na população, quais fatores o influenciam, sejam eles biológicos, psicológicos, econômicos e/ou sociais. Mas, acima de tudo, é preciso observar a epidemiologia como corpo de conhecimento e o seu potencial a ser aplicado na construção das políticas públicas de saúde, visto que ela gera informação para o planejamento da ação (ALMEIDA FILHO; BARRETO; ROUQUAYROL, 2012).

O Brasil vivenciou diversos momentos-chave que possibilitaram a construção de um pensamento prático do uso da epidemiologia na promoção da saúde, prevenção e controle da disseminação dos agravos. As campanhas de combate à Febre Amarela, Peste Bubônica, Varíola, Malária, Tripanossomíase (atualmente conhecida como Doença de

Chagas), entre outras, promoveram grandes avanços no controle dessas doenças por meio dos novos conhecimentos desenvolvidos numa época em que ainda se acreditava em miasmas. No entanto, grande parte desses avanços se deu por meio de ações militaristas e sanitaristas, onde as medidas eram impostas e haviam sanções previstas em caso de descumprimento (SCLIAR; ALMEIDA FILHO; MEDRONHO, 2012).

Após a Campanha de Erradicação da Malária, em meados dos anos 50, o termo Vigilância Epidemiológica começou a ser empregado no Brasil, tendo conotação de ações individuais direcionadas ao controle de doenças transmissíveis, através da observação dos casos suspeitos ou confirmados (quarentena). Posteriormente tais medidas passaram a ser empregadas no planejamento das campanhas, acompanhadas do crescente conhecimento adquirido sobre as doenças transmissíveis. Durante a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) nos anos 60, deu-se início à incorporação de prerrogativas como a busca ativa dos casos com objetivo de identificação imediata de surtos e bloqueio da transmissão dessas doenças para as quais já existiam vacinas (TEIXEIRA et al., 2012).

A CEV é tida como ponto fundamental das ações de vigilância no país e, com a criação da Fundação Serviços de Saúde Pública em 1969, passou-se a adotar um sistema de notificação semanal de algumas doenças, bem como a divulgação quinzenal de um boletim epidemiológico. Durante a 5ª Conferência de Saúde em 1975, com base na Lei nº 6.259/75 e no Decreto nº 78.231/76, recomendou-se ao Ministério da Saúde a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), com obrigatoriedade de notificação de doenças transmissíveis mencionadas em Portaria específica. No ano de 1977 foi escrito o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009a).

Nos anos 90 a Lei 8.080 agregou o SNVE ao SUS, ampliando o conceito de Vigilância Epidemiológica para:

“conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

No contexto das doenças transmissíveis, o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação 4 de 2017 traz uma relação de doenças,

agravos e eventos de saúde pública que devem ser obrigatoriamente comunicados às autoridades de saúde municipal, estadual e nacional, sejam de maneira imediata (em até 24 horas) ou semanal. Qualquer profissional de saúde que preste assistência aos pacientes deverá fazer a notificação de casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e situações constantes nesta Portaria (BRASIL, 2017c).

Ressalta-se que a VE não se ocupa apenas de doenças transmissíveis como fazia quando foi concebida. Além destas, acidentes de trabalho (grave, fatal, em crianças e adolescentes ou com material biológico), acidentes por animal peçonhento e por animal potencialmente transmissor da raiva, eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação, intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), neoplasias e violências (domésticas ou outras, sexual e tentativa de suicídio) são condições não transmissíveis de notificação compulsória que deverão ser acompanhadas pela VE (BRASIL, 2017c).

Mediante a notificação, os profissionais da VE têm uma série de ações comuns ou específicas para realizar, de acordo com a doença, agravo ou situação de saúde que está sendo comunicada. São exemplos dessas ações a investigação do caso, indicação de medidas de controle e prevenção, detecção precoce de surtos, suporte técnico ao serviço de saúde notificante, acompanhamento da tendência de morbidade e mortalidade associadas à doença, identificação de fatores e grupos de risco, produção e disseminação de informações epidemiológicas, entre inúmeras outras (BRASIL, 2016a).

Considerando a complexidade e a multifatorialidade envolvidas nas doenças e agravos que são foco da VE, torna-se evidente a necessidade e a relevância da sua articulação com os demais componentes da Vigilância em Saúde, tanto para investigação, acompanhamento e encerramento das notificações, quanto para suporte técnico e/ou operacional nas situações que configuram ameaça à saúde da população (BRASIL, 2016a).

Mesmo sobre outras denominações, as ações de Vigilância Sanitária vêm sendo realizadas ao longo dos séculos, especialmente a partir do momento em que o homem começou a perceber a relação entre o consumo de bens e serviços e como isso poderia afetar a saúde da coletividade e, à medida em que o corpo de conhecimento era construído, passou a normatizar os processos produtivos (SILVA; PEPE, 2012).

Com a expansão da industrialização, os produtos passaram a ser consumidos por um número crescente de pessoas, logo seus malefícios tomaram proporções cada vez maiores, reafirmando a necessidade de regulação do Estado sobre os mesmos. Cabe destacar o caráter reativo das

regulamentações, visto que na maioria dos desastres relacionados ao consumo de produtos, ações preventivas foram estabelecidas após a ocorrência dos danos (SILVA; PEPE, 2012).

O modelo atual de Vigilância Sanitária (VISA) começou a ser definido no Brasil em meados dos anos 80, tendo como um dos pontos decisivos a Carta de Goiânia, na qual gestores estaduais advertiram as autoridades brasileiras sobre a falta de atenção despendida ao setor, o que ficou ainda mais evidente em 1987, no acidente com Césio 137 em Goiânia, fato que reafirmou a urgência de definição de um órgão competente para acompanhamento de atividades, produtos e serviços de saúde. Em seguida, a Carta de Vitória, escrita por gestores da VISA em 1988, conseguiu chegar ao conhecimento das autoridades, fazendo com que o tema ficasse tão evidente na Constituição Federal e na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 2007).

A Lei 8.080 (BRASIL, 1990) ampliou o escopo de atuação da VISA, priorizando ações de caráter preventivo e definindo-a como “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”.

O controle e regulamentação sanitária abrangem áreas como portos, aeroportos, fronteiras, serviços de saúde, incluindo suas instalações físicas, materiais, equipamentos médico-odonto-hospitalares e tecnologias utilizadas, medicamentos, vacinas, sangue, hemoterápicos e hemoderivados, órgãos e tecidos para transplantes, produtos obtidos por engenharia genética, radioisótopos e radiofármacos. Na indústria a VISA atua no controle de todas as fases de produção, transporte e distribuição de alimentos, bebidas, saneantes, cosméticos, cigarros. Atua ainda sobre o controle da destinação dos resíduos resultantes dos serviços e produtos para consumo (COSTA; SOUTO, 2014).

A distribuição das atribuições entre as três esferas de gestão ocorre favorecendo a descentralização das ações da Vigilância Sanitária. A União é responsável pela normatização, determinação de critérios de avaliação e padrões de qualidade para os serviços, produtos e substâncias de consumo humano e de interesse à saúde, articulando-se a outros órgãos de modo a complementar e fortalecer suas ações e regulamentações. Atua também na fiscalização de portos, aeroportos, fronteiras e áreas alfandegárias, com apoio dos estados e municípios (LUCENA, 2015).

Aos estados cabe, de maneira complementar, assegurar o cumprimento das normas federais, bem como a suplementação destas de acordo com sua realidade. O estado atua como mediador entre o

município e a União, podendo complementar a execução de ações de municípios de menor capacidade técnica. E por fim, aos municípios, cabe a execução das ações estabelecidas pela regulamentação nacional e estadual (LUCENA, 2015).

A relação entre a saúde das pessoas e o meio ambiente tem sido progressivamente reconhecida e foco de ações direcionadas à manutenção do equilíbrio e melhoria da qualidade de vida. No Brasil, inicialmente as ações de Vigilância em Saúde Ambiental foram desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), por meio da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM). Contudo, a partir da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), as atribuições da CGVAM foram transferidas à recém-criada secretaria, e a CGVAM passou a ser vinculada ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), subordinado à SVS (ROHLFS et al., 2011).

A Vigilância em Saúde Ambiental define como prioridades a identificação e prevenção dos determinantes e condicionantes de saúde relacionados ao meio ambiente, dentre eles a qualidade de água consumida, do ar, do solo, o manejo em situações de desastres naturais, a vigilância de substâncias químicas e fatores físicos (radiação ionizante e não ionizante), bem como as alterações que relacionadas à estes podem interferir na saúde das pessoas (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2010a).

A reflexão sobre o pensar e fazer saúde desencadeada pela criação do SUS buscou alcançar todos os espaços sociais possíveis, incluindo nesse pensamento o cidadão trabalhador e os aspectos relacionados ao desempenho de suas atividades laborais que implicam ou afetam sua condição de saúde. Mais do que fiscalizar, pela lógica do Ministério do Trabalho, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), aliada aos demais componentes da Vigilância em Saúde, propõe-se a identificar e intervir em condições e situações, antes que estas comprometam o bem-estar e a saúde das pessoas (COSTA et al., 2013).

O conceito presente na Lei Orgânica da Saúde de 1990 já abordava a saúde do trabalhador como conjunto de ações praticadas pela VE e VISA, direcionadas à promoção e proteção da saúde, a recuperação e reabilitação de trabalhadores expostos aos riscos e agravos decorrentes do seu trabalho (BRASIL, 1990).

A VISAT evoca atenção especial à promoção da saúde e redução da morbimortalidade dos trabalhadores brasileiros, concretizada por meio da integração de ações frente à condição de saúde e os determinantes que sobre ela incidem por consequência do modelo de produção e processos mercadológicos (BRASIL, 2014b).

Esse componente da Vigilância em Saúde objetiva promover atenção integral à saúde dos trabalhadores e, para isso, articula-se em rede com os demais componentes da Vigilância em Saúde e de gestão do SUS, de modo a propor mudanças e regulamentações que garantam a vigilância, promoção e proteção da saúde, observando o princípio da territorialização para adequação das propostas à realidade local (BRASIL, 2014b).

3.2.2 Eixos transversais da Vigilância em Saúde

Planejar ações de Vigilância em Saúde requer do gestor pleno conhecimento da situação de saúde local, baseada no perfil epidemiológico da população, suas condições de vida, os determinantes sociais de saúde que impactam nessas condições e as dificuldades enfrentadas (GUIMARÃES et al., 2017).

E para promover ou proteger a saúde da população do seu território, o gestor precisa saber em quais aspectos deverá agir prioritariamente, considerando a constante dinâmica a que estão sujeitos esses aspectos. Conhecer a situação de saúde de determinada população é construir embasamento que oriente e justifique a tomada de decisão (BRASIL, 2015b).

A Análise da Situação de Saúde permite, mediante o monitoramento contínuo, caracterizar uma população, suas condições de vida, seu perfil epidemiológico e os principais problemas enfrentados, por meio de estudos e análises dos principais indicadores de saúde de determinado território, evidenciando assim os pontos que demandam maior atenção e planejamento (BRASIL, 2010a).

Contudo, mais do que apenas listar problemas, a Análise da Situação de Saúde de um território deve ser capaz de fornecer esclarecimentos a respeito desses bem como a identificação de possibilidades de reparação. Para Paim e Almeida Filho (2014) primeiramente é preciso considerar três dimensões da realidade: problemas, necessidades e determinantes de saúde.

Os problemas simbolizam o antagonismo entre a realidade vivida e as normas sociais, como problemas pessoais de saúde, de serviços de saúde, da gestão, das políticas de atenção à saúde, entre outros. As necessidades por sua vez dizem respeito às necessidades de saúde que podem ser atendidas por diversas áreas e as necessidades de serviços de saúde, representadas pela demanda por esses serviços. Por fim, os determinantes podem ser compreendidos como fatores ou causas que

influenciam o processo saúde-doença individual e coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

Para conferir cientificidade e confiabilidade nas informações produzidas, as Ações Laboratoriais vêm ao encontro do propósito da Vigilância em Saúde em fornecer base ao gestor para a tomada de decisões. A Política Nacional de Vigilância em Saúde as define como:

“aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo” (BRASIL, 2018).

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública é responsável por organizar de maneira hierarquizada as redes nacionais de laboratórios, de acordo com o propósito de atuação e grau de complexidade de ações que executam, em conformidade com os princípios do SUS. São quatro as redes nacionais de laboratórios: de Vigilância Epidemiológica; de Vigilância em Saúde Ambiental; de Vigilância Sanitária; e de Assistência Médica de Alta Complexidade (BRASIL, 2017c).

As redes são organizadas em sub-redes específicas por tipo de agravo ou programa de saúde que atendem, para os quais são identificados os laboratórios de referência, a área geográfica de cobertura e suas competências. As sub-redes são classificadas em: Centros Colaboradores; Laboratórios de Referência Nacional; Laboratórios de Referência Regional; Laboratórios de Referência Estadual; Laboratórios de Referência Municipal; Laboratórios Locais; e Laboratórios de Fronteira (BRASIL, 2017c).

Aos serviços participantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica cabem atividades de diagnóstico das doenças que constam na lista de notificação compulsória, a vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis, o monitoramento de resistência aos antibióticos e a padronização dos materiais para diagnóstico que serão utilizados pela rede. Já para os integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental são incumbidas ações de vigilância da qualidade da água consumida por humanos, da qualidade do ar, do solo, de fatores ambientais (físicos e químicos), de fatores

biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos) bem como o monitoramento das pessoas expostas à esses riscos (BRASIL, 2017c).

Por sua vez, os participantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária são responsáveis por atividades laboratoriais ligadas aos alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, imunobiológicos, hemoderivados, produtos, materiais e equipamentos de interesse à saúde, contaminantes biológicos e não biológicos, além de análises de toxicologia humana e ações em portos, aeroportos e fronteiras. Por fim, a Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade fornece apoio no diagnóstico de doenças e agravos (BRASIL, 2017c).

A transversalidade conferida à Análise da Situação de Saúde e às Ações Laboratoriais no contexto da Política Nacional de Vigilância em Saúde, expressando a premência da sua presença no cerne das ações de cada componente da Vigilância em Saúde, enfatiza o caráter integrador que cada vigilância deve assumir para que, além do desempenho individual das suas atribuições, articule-se de maneira concreta e permanente aos demais componentes, para que se cumpra o objetivo maior da Vigilância em Saúde, de proteger e promover a saúde individual e coletiva, prevenindo e controlando riscos e agravos que podem resultar em desfechos indesejados na condição de saúde da população (BRASIL, 2018).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é constituído pelo manuscrito “Articulação das ações de vigilância em saúde: revisão integrativa”, que apresenta o estado da arte nacional e internacional sobre as oportunidades de articulação das ações de Vigilância em Saúde e os fatores que afetam positiva ou negativamente na sua concretização.

O manuscrito segue o disposto na Instrução Normativa n. 01 de 17 de agosto de 2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), que estabelece o formato e elaboração de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem.

4.1 MANUSCRITO 1: Articulação das ações de vigilância em saúde: uma revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: sistematizar o conhecimento existente sobre a articulação das ações de Vigilância em Saúde em âmbitos nacional e internacional. **Método:** Revisão Integrativa de literatura, na qual foram selecionados 15 estudos publicados entre 2008 e 2017, indexados nas bases eletrônicas LILACS, BDeinf, SciELO, PubMed, CINAHL e Scopus. **Resultados:** apontam a existência de articulação em situações pontuais do cotidiano e em resposta a determinadas emergências de saúde pública, fortemente influenciados por aspectos dificultadores e facilitadores dessa articulação, alguns destes comuns aos cenários experienciados e outros específicos à cada ocasião. **Conclusão:** independentemente da situação a ser enfrentada, os atores que compõem a Vigilância em Saúde devem estar constantemente integrados e articulados em suas ações, voltados à potencialização dos seus esforços e dos resultados que serão alcançados com essas ações, conferindo integralidade na atenção à saúde da população inserida no seu território.

Descritores: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Vigilância em Saúde. Gestão em Saúde. Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

Construir estratégias capazes de traduzir o conceito ampliado de saúde em ações que contemplem todos os princípios do SUS,

especialmente a integralidade, provoca inquietações, reflexões e constantes rearranjos nas políticas públicas. A conquista e a manutenção de um estado saudável é permeada por questões psicológicas, fisiológicas e sociais, constantemente ameaçadas por riscos e vulnerabilidades. A inversão do raciocínio biomédico para a ótica da promoção da saúde individual e coletiva requer o envolvimento de diversos atores e setores direta ou indiretamente relacionados à área (MALTA et al., 2016).

Nessa perspectiva a Vigilância em Saúde assume posição de destaque na construção e efetivação do SUS, tendo em vista sua vocação para a análise crítica situacional de fatores determinantes e condicionantes que podem causar impactos na saúde das pessoas. Tal análise subsidia gestores e profissionais da área pública e privada de informações relevantes para o direcionamento de intervenções, quer seja para promoção, proteção ou recuperação da saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

A Vigilância em Saúde estabelece-se pela integração dos saberes consolidados pela Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental, todas apoiadas nos conceitos da Promoção da Saúde e da Análise da Situação de Saúde (GUIMARÃES et al., 2017). No entanto, a superação do distanciamento entre as vigilâncias historicamente estabelecidas, especialmente a sanitária e epidemiológica, configura requisito para a concretização do conceito de Vigilância em Saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A compreensão do escopo das ações de cada componente reafirma a premência da sua constituição e efetivo exercício. À vigilância sanitária competem ações relacionadas à normatização e fiscalização de toda cadeia de produção e consumo de bens de interesse à saúde da população. Para a epidemiológica pesa atualmente a tripla carga de doenças no país, requisitando desse componente análise, recomendação e adoção de medidas para a prevenção e controle de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis e causas externas de mortalidade (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Reconhecida a necessidade de olhar abrangente à saúde da classe trabalhadora brasileira, a Vigilância em Saúde do Trabalhador assume papel de componente da Vigilância em Saúde responsável pela análise das condições laborais que interferem na saúde individual e coletiva da população e a sua relação com seus meios de sustento (COSTA et al., 2013). Por sua vez, a Vigilância em Saúde Ambiental preocupa-se com aspectos relacionados à água, ao ar, ao solo e aos fatores e contaminantes

(químicos e físicos) que podem interferir na saúde da população (ROHLFS et al., 2011).

O planejamento e execução das ações de Vigilância em Saúde em determinado território ganha reforço a partir da introdução do conceito das Redes de Atenção à Saúde, proposto para conectar diversos pontos de atenção à saúde que, de maneira isolada, são incapazes de conferir integralidade ao atendimento das necessidades de saúde da população (MENDES, 2010).

A fragmentação das ações de assistência à saúde se estende às ações de Vigilância em Saúde, parte indissociável da política pública de saúde brasileira, o SUS. A construção de uma lógica de redes de vigilância, que conectam os componentes constituídos de maneira isolada, promove a ampliação da capacidade de atuação e de resultados de ações embasadas em diversas áreas do conhecimento, que se complementam e se fortalecem em direção a um único objetivo, a saúde (FARIA; BERTOLOZZI, 2009).

Considerando o movimento de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde, concebida com vistas à orientação da implementação das ações articuladas de Vigilância em Saúde, e diante da escassez de publicações que evidenciem a realidade da integração (ou a falta desta) entre seus componentes, essa revisão objetivou sistematizar o conhecimento existente sobre a articulação das ações de Vigilância em Saúde no âmbito nacional e internacional.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a sistematização do conhecimento científico produzido relativo a determinado tema, permitindo a identificação de lacunas do conhecimento não preenchidas por evidências científicas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Este estudo foi balizado pelas recomendações do *checklist* do *Statement for Reporting Systematics Reviews and Meta-Analyses of Studie* (PRISMA) e da construção de um protocolo, validado por especialistas no método e no tema estudado. Diferentes autores sugerem a organização da revisão integrativa em etapas metodológicas e este estudo seguiu a recomendação de Botelho, Cunha e Macedo (2011), organizando o protocolo em: identificação do tema e definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e, por fim, a apresentação da revisão.

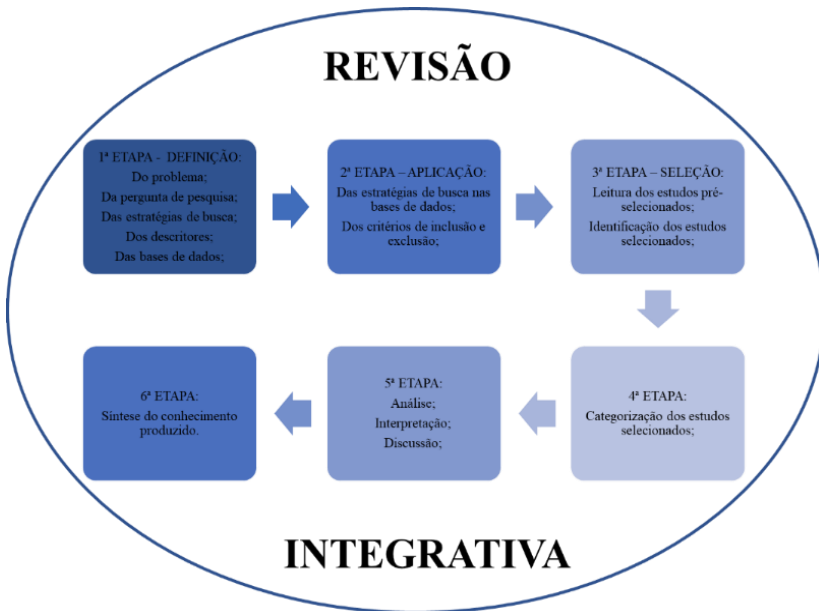


Figura 2 – Etapas da revisão integrativa.
Fonte: Adaptado de Botelho, Cunha e Macedo (2011).

Na primeira etapa definiu-se a questão para a revisão: Como se caracteriza a articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde na produção científica nacional e internacional?

Na segunda etapa foi realizada a busca da literatura nas bases de dados e a seleção dos artigos, por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Para a inclusão dos estudos foram definidos os seguintes critérios: artigos originais e de revisão publicados no período de 2008 a 2017, indexados nas bases de dados selecionadas, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que continham no título ou no resumo descritores e/ou palavras-chave listados no protocolo da revisão integrativa.

Os descritores utilizados foram Vigilância em Saúde Pública, Vigilância da Saúde, Vigilância em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Sanitária Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância do Ambiente de Trabalho, Organização e Administração, Gestão em Saúde, bem como seus respectivos termos em inglês e espanhol.

Foram excluídos desta revisão estudos randomizados, ensaios clínicos, relatos de experiência, estudos de reflexão, teses, dissertações, editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, publicações duplicadas, dossiês, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, boletins epidemiológicos, relatórios de gestão, livros, materiais publicados em outros idiomas que não o inglês, português e espanhol e estudos que não contemplavam o escopo da pesquisa.

A elaboração das estratégias de busca se deu com apoio de uma bibliotecária especialista em revisão integrativa. As estratégias foram definidas baseadas nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*), quando aplicáveis às bases de dados, assim como palavras-chave correspondentes. A busca dos artigos ocorreu em fevereiro de 2018, nos bancos de dados das seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Public/Publish Medline* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (Cinahl) e Scopus.

Os descritores e palavras-chave selecionados para a composição da estratégia de busca foram: vigilância em saúde pública, vigilância da saúde, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância sanitária ambiental, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância do ambiente de trabalho, organização e administração, gestão em saúde; bem como seus respectivos termos em espanhol e inglês.

A aplicação das estratégias de busca nas bases de dados pesquisadas resultou em 3.273 publicações, sendo que a organização dos resultados foi realizada com auxílio da ferramenta *My Endnote Web*®. Na terceira etapa ocorreu a pré-seleção dos estudos, na qual foram excluídas as duplicidades e os estudos que não correspondiam ao escopo da pesquisa após a leitura do título, resumo, descritores/palavras-chave, totalizando 49 artigos. Após a leitura integral dos 49 artigos foram excluídos os artigos que não atendiam ao objetivo da pesquisa, constituindo essa revisão 15 artigos. A figura 3 retrata o processo de seleção dos artigos.

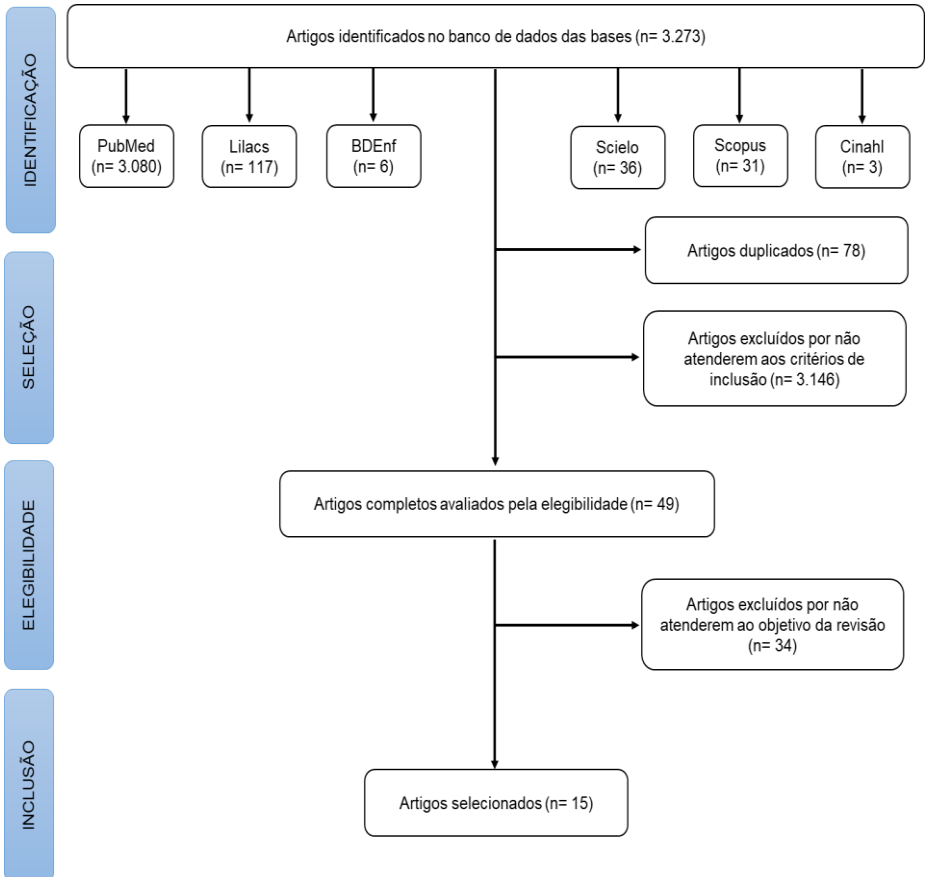


Figura 3 – Fluxograma de coleta e seleção dos estudos.

Fonte: Adaptado do PRISMA.

Na quarta, etapa os artigos selecionados foram categorizados em uma tabela do *Microsoft Excel*®, construída para facilitar a organização e orientar a extração dos dados dos artigos selecionados, sendo composta pelos seguintes tópicos: base de dados, periódico, ano de publicação, país, idioma, título, autor (es), objetivo do estudo, cenário, natureza da pesquisa, ações articuladas, facilidades para a articulação, dificuldades para a articulação, produtos/ações resultantes da articulação, desfechos e considerações gerais.

A quinta etapa compreendeu a análise dos resultados, interpretação e discussão, sendo seguida pela sexta etapa, na qual ocorreu a síntese do

conhecimento produzido a respeito da articulação das ações de Vigilância em Saúde resultou neste manuscrito.

RESULTADOS

Dos 15 artigos selecionados, 9 (60%) estavam indexados na base PUBMED, 4 (26,67%) na LILACS e 2 (13,33%) no SCIELO. Nas demais bases não foram encontrados artigos que atendessem aos objetivos desta revisão.

Em relação aos periódicos em que os artigos foram publicados, três eram da *BMC Health Services Research*, dois do Cadernos de Saúde Pública, duas do *Physis*, seguidas por uma publicação dos periódicos *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, *Ciência e Saúde Coletiva*, *Espaço para a Saúde*, *PLOS ONE*, *Public Health*, *Public Health Report*, *Revista Panamericana de Salud Pública* e *Revista de Salud Pública*.

O maior número de publicações ocorreu em 2017 e 2012, com três publicações cada. Em seguida, 2015 e 2010 contam com duas publicações cada. Houve uma publicação apenas em 2016, 2014, 2013, 2011 e 2009.

O país com o maior número de publicações foi o Brasil, totalizando seis. Os Estados Unidos foram responsáveis por quatro artigos publicados, seguidos por três publicações na Inglaterra e duas na Colômbia. Sete artigos foram publicados em inglês, seis artigos em português e dois em espanhol.

Dos 15 artigos selecionados, um era de natureza quantitativa e um quanti-qualitativo. Dos 13 artigos restantes, de abordagem qualitativa, três eram exploratórios, dois eram estudos de caso, dois estudos transversais, duas pesquisas bibliográficas, uma revisão integrativa, uma pesquisa descritiva, uma pesquisa avaliativa e uma pesquisa-ação.

A organização e tratamento dos dados permitiram propor duas categorias analíticas: “Articulação das ações no cotidiano da Vigilância em Saúde” e “Articulação em situações de resposta às emergências de saúde pública”.

Com relação à primeira categoria, das ações articuladas no cotidiano da Vigilância em Saúde, destacaram-se as ações relacionadas à Vigilância em Saúde Ambiental, quando foram analisadas a articulação entre este componente e a Saúde do Trabalhador, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, as mudanças climáticas e o seu impacto na Saúde Pública, assim como a articulação entre as vigilâncias Ambiental e Epidemiológica (BALISTA;

SANTIAGO; CORRÊA FILHO, 2011; QUEIROZ *et al.*, 2012; PASCAL *et al.*, 2012; GOTSADZE *et al.*, 2010; SILVA; CARVALHO, 2017).

Em sequência, o controle de arboviroses como a Dengue e a Febre Chikungunya, seguidas pelo controle da Doença de Chagas, todas transmitidas por vetores artrópodes (mosquitos e barbeiros) (ALARCON-CRUZ; PRIETO-SUÁREZ, 2016; HASHIMOTO *et al.*, 2015).

Por fim a participação do laboratório em diversas situações rotineiras e a necessidade de articular todas as ações cotidianas da Vigilância em Saúde como um todo foram destacadas (LÓPEZ *et al.*, 2009).

Em relação à segunda categoria, dentre as emergências de saúde pública abordadas nos estudos, predominaram relatos de articulação nas ações relacionadas ao controle de surtos, dentre os quais o controle de surtos em geral, surtos de salmonelose, surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar, surtos de brucelose, um surto hantavirose e um surto de caxumba (MEDEIROS; MACHADO; PESSOA JUNIOR, 2017; MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010; DONATELI *et al.*, 2017; HUNTER *et al.*, 2013).

Além do controle de surtos, foram abordadas a contaminação de água potável em larga escala, uma epidemia de Febre Amarela e uma investigação de Raiva em humanos (JIAO *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2012; ENANORIA *et al.*, 2014).

O quadro 1 apresenta síntese dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, organizados de acordo com as categorias de análise geradas pela avaliação dos estudos, com base nas similaridades e recorrências entre os temas abordados nos artigos.

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa

Articulação das ações no cotidiano da Vigilância em Saúde			
Situação	Autor/Ano	Propósitos da articulação	Resultados dos estudos quanto à articulação
Ações articuladas entre os componentes da Vigilância em Saúde	Balista; Santiago; Corrêa Filho. 2011	Promover a participação e democratização do planejamento da descentralização das ações de Vigilância em	A articulação entre a VISAT e a VISAmb potencializou o trabalho de ambas e aumentou a participação da comunidade.

	<p>Saúde do Trabalhador, como forma de melhorar a execução dessas ações.</p>	
<p>Queiroz <i>et al.</i> 2012</p>	<p>Atingir as metas dos indicadores do programa VIGIAGUA.</p>	<p>As ações que antes eram realizadas de maneira mecânica apenas para o cumprimento de indicadores passaram para a sistematização de dados e informações, facilitando o planejamento das ações e o envolvimento dos componentes.</p>
<p>Pascal <i>et al.</i> 2012</p>	<p>Definir objetivos comuns, propor uma estrutura para análise de risco e aplicá-la a riscos de saúde relevantes na França.</p>	<p>Algumas ações já são realizadas de maneira interdisciplinar, contudo a interdisciplinaridade efetiva que leva à ação é um processo de longo prazo.</p>
<p>Gotsadze <i>et al.</i> 2010</p>	<p>Manter redes de instalações sanitárias e epidemiológicas planejadas e gerenciadas durante o regime da antiga URSS, para melhorar a saúde da população fortemente ameaçada por epidemias como a de tifo.</p>	<p>Após o fim do regime, as reformas nos sistemas de saúde geraram diversos modelos de gestão. Em quase todos os países a VE e a VISAmb permaneceram dentro de um único guarda-chuva organizacional, e em alguns casos o escopo das atividades aumentou. Algumas ações de saúde ambiental foram divididas entre os Ministérios da Saúde, Agricultura e do Meio Ambiente, mas não foi relatado se essas são</p>

		realizadas de maneira articulada. As evidências disponíveis sugerem que essas instituições frequentemente estão subempregadas e não conseguem construir vínculos com o restante do sistema de saúde.
Silva; Carvalho. 2017	Reconhecer a importância da Vigilância em Saúde mediante a compreensão do seu propósito e das ações de saúde a serem realizadas no território, incorporando nas práticas diárias os diversos saberes que a compõe.	A materialização do conceito de Vigilância em Saúde somente acontecerá quando o gestor envolver os profissionais no planejamento, discussão dos problemas e dos riscos do território e na elaboração de estratégias para o enfrentamento dos danos e agravos.
López <i>et al.</i> 2009	Apoiar a vigilância em saúde pública nos eventos de interesse em saúde e no monitoramento de fatores de risco de consumo e meio ambiente, em cooperação do laboratório de saúde pública	Persiste a falta de ação interinstitucional para o desenvolvimento da vigilância em saúde. A ausência de participação de outros setores reflete na análise e intervenção de problemas comuns para melhorar a saúde as populações.

Controle de doenças transmitidas por vetores	Alarcon-Cruz; Prieto-Suárez. 2016	Buscar nas lições aprendidas no enfrentamento de epidemias como dengue e influenza, preparar as entidades de saúde pública para a introdução de um vírus incomum (chikungunya), evitando epidemias	As entidades territoriais de saúde conhecem e executam estratégias de gestão integrada para doenças transmitidas por vetores, porém é necessário fortalecer os eixos de comunicação de risco, laboratório e gestão de surtos e contingências apresentados antes da introdução de novos vírus
	Hashimoto <i>et al.</i> 2015	Evitar o ressurgimento da Doença de Chagas em Honduras.	A integração dos sistemas de saúde exige que os profissionais de saúde tenham um desempenho além de suas responsabilidades habituais e adquiram habilidades gerenciais. A integração do controle de vetores é viável e pode contribuir para o fortalecimento da capacidade preventiva do serviço de Atenção Primária à Saúde
Articulação em situações de resposta às emergências de saúde pública			
Situação	Autor/Ano	Propósitos da articulação	Resultados dos estudos quanto à articulação
Controle de surtos e epidemias	Medeiros; Machado; Pessoa Junior. 2017	Interromper surtos de doenças.	O êxito das ações de Vigilância em Saúde depende da integração e articulação entre si e com outros setores.
	Maia; Guilhem; Lucchese. 2010	Interromper surtos de doenças.	Há necessidade urgente de promover a aproximação entre a Vigilância em Saúde e também com outras áreas, pois essas interações pontuais não

		promovem a troca de saberes.
Donateli <i>et al.</i> 2017	Interromper da epidemia de dengue na região da Zona da Mata Mineira	Identificou-se a necessidade de reorganização das práticas de Vigilância em Saúde para superar a fragmentação e melhorar o controle frente aos surtos de doenças emergentes e reemergentes
Teixeira <i>et al.</i> 2012	Conter a epidemia de Febre Amarela em 2008-2009 no Brasil.	Percebeu-se que nos níveis estadual e municipal há necessidade de integração entre os serviços de saúde, desenvolvimento de protocolos para situações de emergências de saúde pública, estabelecimento de comitês, equipes de resposta rápida, contratação e treinamento de profissionais.
Hunter <i>et al.</i> 2013	Interromper surtos de doenças, mitigar fatores climáticos envolvidos em questões que afetam a saúde, enfrentamento de contaminação do ambiente por produtos químicos	O número de parceiros envolvidos varia conforme o tipo de evento, destacando que os sistemas de resposta de saúde pública são adaptativos à natureza da ameaça.

	e ameaças de bioterrorismo	
Enanoria <i>et al.</i> 2014	Interromper surtos de doenças.	As relações existentes baseadas no compartilhamento de recursos epidemiológicos podem servir como um ponto de partida efetivo para o desenvolvimento de acordos de ajuda mútua epidemiológica mais abrangentes e planejamento de aumento de capacidade
Jiao <i>et al.</i> 2015	Reduzir os danos causados por uma contaminação de água potável em larga escala.	Muitos projetos têm que ser postergados pela falta de cooperação. Após a separação dos CDCs das instituições de inspeção ainda não há um relacionamento estreito entre os mesmos.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

Riscos à saúde podem se manifestar de diversas formas, especialmente antes de causarem danos. A formação de olhar crítico, atento aos mínimos sinais, decorre da convergência dos saberes acumulados por distintas áreas do conhecimento. Compreender essa necessidade e aplicá-la é atribuição tanto de gestores quanto dos profissionais que desempenham as atividades de vigilância em saúde no seu âmbito de atuação (QUEIROZ *et al.*, 2012). Desse modo, a Vigilância em Saúde não deve permanecer como objeto distante do alcance, mas sim uma ação presente no cotidiano de todos os profissionais de saúde, independentemente da complexidade e do local de atuação (BALISTA, SANTIAGO, CORRÊA FILHO, 2011; MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017).

Os estudos indicam que, mesmo incipiente, a articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde é factível, quer seja na sua rotina diária ou em situações que requeiram respostas rápidas para o controle de ameaças em larga escala. Contudo, a efetivação dessa articulação tanto é favorecida em alguns aspectos quanto prejudicada em outros.

É possível identificar que há pontos facilitadores comuns à articulação na rotina de suas ações e em situações emergenciais, como a presença de profissionais qualificados e experientes e o estabelecimento de parcerias externas com universidades, Defesa Civil, Cruz Vermelha, entre outras entidades. Contudo, o estabelecimento formal das atribuições e responsabilidades de cada profissional, aliados à clara definição de diretrizes e processos de trabalho tiveram maior influência na aproximação entre as vigilâncias nos cenários cotidianos e emergenciais (MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017; ALARCON-CRUZ, PRIETO-SUÁREZ, 2016; JIAO *et al.*, 2015; PASCAL *et al.*, 2012; ENANORIA *et al.*, 2014).

A realização de seminários, workshops, videoconferências, reuniões e outros espaços de compartilhamento de conhecimentos e práticas mostraram-se como fortalecedores da aproximação entre os componentes da Vigilância em Saúde no cotidiano de suas ações (QUEIROZ *et al.*, 2012; ALARCON-CRUZ, PRIETO-SUÁREZ, 2016; PASCAL *et al.*, 2012; HASHIMOTO *et al.*, 2015).

No Brasil, o cumprimento dos princípios do SUS, com destaque à participação da comunidade somam-se ao estabelecimento de canais de comunicação, à reestruturação da Vigilância em Saúde e ao desejo de realizar ações articuladas, pela perspectiva de melhores resultados decorrentes desse modo de trabalho (BALISTA, SANTIAGO, CORRÊA FILHO, 2011). Ainda, o sentimento de reconhecimento profissional e valorização, aliados ao fornecimento de apoio de instâncias superiores encorparam a articulação (QUEIROZ *et al.*, 2012).

Considerando a necessidade de reação rápida para a contenção dos danos, a execução de ações em resposta às emergências de saúde pública tiveram como pontos fortalecedores de articulação a presença de recursos humanos suficientes e capacitados, com acordos (formais ou não) de colaboração e que possibilitaram abertura para a aproximação entre os diversos profissionais envolvidos (ENANORIA *et al.*, 2014; MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017). As experiências exitosas acumuladas em situações anteriores, aliadas ao compartilhamento de informações e ferramentas de trabalho, bem como a estruturação física e material adequada mostraram-se essenciais na efetivação de respostas oportunas e articuladas em situações emergenciais

(JIAO *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2012; MAIA, GUILHEM, LUCCHESI, 2010; ENANORIA *et al.*, 2014).

A despeito do cenário que se apresenta, os riscos e os danos a serem enfrentados pelos profissionais de vigilância não imputam a elaboração de arranjos especiais. Os mesmos requisitos e estruturas são comuns ao cotidiano e emergências de saúde pública, demonstrando que surtos, epidemias, pandemias, contaminações ambientais em larga escala, entre outros eventos, não requerem medidas complexas e distintas, apenas agilidade na contenção da ameaça e minimização dos danos já causados (HUNTER *et al.*, 2013; ENANORIA *et al.*, 2014).

As dificuldades que comprometem a articulação, quer no cotidiano quer em emergências de saúde pública, estão relacionadas ao fator humano pela escassez de profissionais, pelas crescentes demandas, bem como pela falta de aperfeiçoamento dos mesmos e baixa remuneração. Um fator recorrente que compromete a articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde é a falta de clareza dos profissionais sobre as suas responsabilidades como executores da totalidade que envolve suas ações (BALISTA, SANTIAGO, CORRÊA FILHO, 2011; MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017; HASHIMOTO *et al.*, 2015).

O planejamento insuficiente também compromete a construção de um trabalho coletivo, resultando no distanciamento dos objetivos à medida que os profissionais não estão preparados e organizados para atender às demandas que se apresentam em seu trabalho (MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017; DONATELI *et al.*, 2017; SILVA, CARVALHO, 2017).

O pouco tempo investido em planejamento somado à repetição de metas de anos anteriores apenas para cumprimento das agendas obrigatórias dos gestores, a pactuação de metas de cunho político que desconsideram as questões técnicas, as interferências políticas na atuação dos profissionais igualmente embaraçam a articulação (MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017). Esses aspectos resultam nos sentimentos de falta de autonomia dos profissionais, carência de apoio por parte das instâncias superiores e baixo senso de prioridade (MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017; SILVA, CARVALHO, 2017).

Pesam ainda aspectos relacionados à infraestrutura precária, os sistemas de informação fragmentados e limitados, que dificultam ainda mais a troca de informações entre todos os serviços de saúde, a falta de recursos básicos como computadores, veículos, o distanciamento físico entre os componentes de Vigilância em Saúde e a descentralização insuficiente das ações (BALISTA, SANTIAGO, CORRÊA FILHO,

2011; TEIXEIRA *et al.*, 2012; LÓPEZ *et al.*, 2009; ENANORIA *et al.*, 2014; MAIA, GUILHEM, LUCCHESI, 2010). A fusão dos blocos de financiamento das ações de saúde no Brasil suscita a necessidade de estudos futuros para análise dos possíveis impactos causados por essa nova forma de gestão no financiamento das ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017).

Ademais aos pontos relacionados à gestão e a maneira como esta interfere na articulação da Vigilância em Saúde, quer seja politicamente ou pelas limitações que a carência de infraestrutura, de recursos físicos e materiais causam nas ações, os aspectos humanos, particulares a cada profissional, igualmente limitam a integração e a articulação entre os componentes. Alta rotatividade, existência de múltiplos vínculos de trabalho, horário de trabalho reduzido, relações pessoais conflituosas, falta de interesse em atuar em emergências de saúde pública, bem como o baixo senso de responsabilidade frente a esses eventos, falhas ou até mesmo a inexistência de comunicação, somados à falta de interesse e de abertura para a construção de redes de vigilância, internas e externas, inibem a construção de um trabalho coletivo perene (QUEIROZ *et al.*, 2012; MEDEIROS, MACHADO, PESSOA JUNIOR, 2017; SILVA, CARVALHO, 2017; JIAO *et al.*, 2015).

A integração constante entre as vigilâncias abre caminho para a articulação e agiliza as respostas em situações emergenciais. Sanar as dificuldades e obstáculos, fortalecer os aspectos positivos, compartilhar experiências exitosas, analisar episódios pregressos, revendo e ajustando pontos críticos, certamente contribuirá para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial da população e no impedimento do ressurgimento de doenças já eliminadas (QUEIROZ *et al.*, 2012; PASCAL *et al.*, 2012; MAIA, GUILHEM, LUCCHESI, 2010).

A integração pontual não é capaz de reverter a fragmentação e o distanciamento entre os componentes da Vigilância em Saúde, resultando em atos com pouca capacidade de mitigação dos problemas de saúde pública (MAIA, GUILHEM, LUCCHESI, 2010). Portanto, conforme destacam Silva e Carvalho (2017, p. 194) "para que a vigilância assuma seu papel no sistema de saúde atual, há a necessidade que ela se relacione intra e intersetorialmente."

Logo, o desafio é promover e manter a aproximação entre os profissionais, sua constante integração para uma articulação perene, que não se dê apenas em situações pontuais de necessidade de articulação, quando o momento exigir mais do que a sua capacidade profissional o permite fazer, mas sim a busca pela redução dos riscos e danos à saúde

dos indivíduos e de sua coletividade, pela consciência de que o trabalho coletivo gerará melhores resultados para si e para outrem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão da literatura contribui para evidenciar a produção científica insuficiente sobre a articulação das ações de Vigilância em Saúde. Mais de 99% dos resultados que retornaram da busca nas bases de dados eram de caráter técnico-assistencial, em alguns casos mostrando ocorrências em âmbito hospitalar ou episódios de determinados agravos e suas possíveis causas e fatores contribuintes e, desse modo, não atendiam ao objetivo dessa revisão.

Contudo, os estudos selecionados indicaram o despertar das pesquisas científicas para a necessidade de avaliações da Vigilância em Saúde que ultrapassem o desempenho básico de suas funções em direção a uma construção ampliada do seu papel, envolvendo questões de gestão voltadas à maximização do potencial das suas ações.

Ainda que cada país adote organizações administrativas diferentes, estabelecendo ações de vigilância de modo particular, identificou-se que a articulação entre os atores que desempenham ações de vigilância se dá em situações cotidianas pontuais e em resposta às emergências de saúde pública.

Compreender a premência do tema da articulação entre os componentes que formam a Vigilância em Saúde é o primeiro passo em direção a uma nova forma de fazer saúde, especialmente em um país tão díspar quanto o Brasil, onde várias são as ameaças à saúde individual e coletiva e o senso de integralidade da atenção à saúde ainda parece ser algo tão distante, sobretudo se mantido o afastamento entre o pensar e o agir em saúde no país.

REFERÊNCIAS

ALARCÓN-CRUZ, A. P.; PRIETO-SUAREZ, E. Caracterización del proceso de preparación y respuesta de entidades territoriales de salud ante la introducción del virus Chikungunya, Colombia, 2014. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 18, n. 3, p.331-343, 27 jun. 2016.

Universidad Nacional de Colombia.

<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.55425>. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n3/v18n3a01.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.759-768, abr. 2011.

FapUNIFESP (SciELO). [http://dx.doi.org/10.1590/s0102-](http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000400015)

311x2011000400015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/esp/v27n4/15.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p.121-136, 2 dez. 2011. *Revista Gestão e Sociedade*. <http://dx.doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Disponível em:

<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. **Portaria n 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.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2018

COSTA, D. *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p.11-21, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000100003>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a03.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2018.

DONATELI, C. P. *et al.* Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.3439-3455, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18252017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3439.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

ENANORIA, W.T. *et al.* The Epidemiology and Surveillance Workforce among Local Health Departments in California: Mutual Aid and Surge Capacity for Routine and Emergency Infectious Disease Situations. **Public Health Reports**, [S.l.], v. 129, n. 64, p.114-122, nov. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00333549141296s415>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00333549141296S415>. Acesso em: 14 ago. 2018.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.422-427, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002009000400012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a12v22n4.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

GOTSADZE, G. *et al.* Reforming sanitary-epidemiological service in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: an exploratory study. **Bmc Public Health**, [S.l.], v. 10, n. 1, p.440-450, 27 jul. 2010. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-440>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919478/pdf/1471-2458-10-440.pdf>. Acesso em: 4 out. 2018.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1407-1416, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1407.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

HASHIMOTO, K. *et al.* Integrating an infectious disease programme into the primary health care service: a retrospective analysis of Chagas

disease community-based surveillance in Honduras. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 15, n. 1, p.116-125, 24 mar. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0785-4>.

Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0785-4>. Acesso em: 12 ago. 2018.

HUNTER, J.C. *et al.* Public Health Response Systems In-Action: Learning from Local Health Departments' Experiences with Acute and Emergency Incidents. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 11, p.1-13, 13 nov. 2013. Public Library of Science (PLoS).

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079457>. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0079457&type=printable>. Acesso em: 13 ago. 2018.

JIAO, M. *et al.* Determinants of emergency response responsibility perceptions in the local public health workforce after China's health sector restructuring. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 15, n. 1, p.339-350, 21 ago. 2015. Springer Nature.

<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1003-0>. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546225/pdf/12913_2015_Article_1003.pdf. Acesso em: 12 jun. 2018.

LÓPEZ, Y. L. *et al.* Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. **Biomédica**, Bogotá, v. 29, n. 4, p.567-581, 1 dez. 2009. Instituto Nacional de Salud (Colombia).

<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v29i4.134>. Disponível em:

<https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/134/132>. Acesso em: 16 set. 2018.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.682-692, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010000400011>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/11.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1683-1694, jun. 2016.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2297-2305, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2018.

MEDEIROS, E. H. F.; MACHADO, M. F.; PESSOA JÚNIOR, J. M. Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.561-578, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00561.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.255-267, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2017.

PASCAL, M. *et al.* How can a climate change perspective be integrated into public health surveillance? **Public Health**, [S.l.], v. 126, n. 8, p.660-667, ago. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.04.013>. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0033350612001527/1-s2.0-S0033350612001527-main.pdf?_tid=f5143b64-c9fd-49cc-9a0e-11459e913262&acdnat=1547552975_946e1ed5d378f2110cdce03c1936133c. Acesso em: 12 ago. 2018.

QUEIROZ, A. C. L. *et al.* Água e saúde: (des)integração entre vigilâncias e as lições da práxis. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.587-603, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/10.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

ROHLFS, D. B. *et al.* A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.391-398, 2011. Disponível em:
http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_4/artigos/csc_v19n4_391-398.pdf. Acesso em: 16 ago. 2018.

SILVA, J. F M. S.; CARVALHO, B. G. Vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. **Espaço para a saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 184-195, jul. 2017. UEL. DOI 10.5433/15177130-2017v18n1p184. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/318870043_Vigilancia_em_saude_no_ambito_municipal_revisao_integrativa. Acesso em: 15 ago. 2018.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, p. 49-55, jul. 2012. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n1/49-55/en>. Acesso em: 12 jun. 2018.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo explanatório e descritivo, com estratégia metodológica de estudo de caso único com unidades integradas de análise, de abordagem qualitativa, baseado no referencial metodológico de Estudo de Caso de Robert K. Yin. O Estudo de Caso é empregado especialmente quando se deseja responder questões que envolvem “como” ocorrem e “por quê” se dão determinados fenômenos sociais contemporâneos. Esse método permite que o pesquisador compreenda um caso complexo a partir da visão de todo o contexto em que este se insere, por meio da coleta de múltiplas fontes de informação (YIN, 2015).

O estudo de caso único com unidades integradas pode ser empregado nas situações em que além de investigar o caso, também há interesse em analisar uma ou mais subunidades, quando estas podem ser devidamente identificadas. No entanto, exige do pesquisador cautela, para que este não foque apenas nas subunidades, desconsiderando o caso como um todo (YIN, 2015).

5.2 DEFINIÇÃO DO CASO E UNIDADES DE ANÁLISE

Nesse estudo de caso foram seguidas duas etapas necessárias para delinear a unidade de análise, a definição do caso, que se refere ao fenômeno real que será estudado, podendo ser um indivíduo, um grupo de pessoas, um evento, uma política pública ou até mesmo uma organização. Em seguida ocorreu a delimitação do caso, etapa que demarca as fronteiras do fenômeno a ser estudado, como um limite temporal, uma área geográfica em que a análise irá ocorrer, as fontes de evidência que deverão ser consideradas, as prioridades para a coleta e análise dos dados (YIN, 2015).

5.2.1 Definição do caso

Este estudo foi desenvolvido no contexto do município de Blumenau – SC, sendo o caso a Vigilância em Saúde local, subordinada à Secretaria Municipal de Promoção da Saúde.

A Secretaria Municipal de Promoção da Saúde (SEMUS) é o órgão da administração direta responsável pela gestão municipal dos serviços de saúde, tendo oito diretorias diretamente subordinadas a ela. Uma destas é a Diretoria de Vigilância em Saúde, sobre a qual se encontram três

unidades subordinadas: Gerência de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental e Gerência do CEREST (BLUMENAU, 2018a).

Este estudo foi desenvolvido no município de Blumenau – SC, mais especificamente na Diretoria de Vigilância em Saúde local, estabelecida como tal no município no ano de 2007, por meio da Lei Complementar 648 de 2007 (BLUEMANU, 2007). Blumenau está situada na região do Médio Vale do Rio Itajaí (AMVI) e, segundo dados do IBGE, sua população estimada em 2017 é de 348.513 habitantes, sendo o terceiro município mais populoso em Santa Catarina e o quarto maior PIB do estado.

As unidades integradas de análise definidas e avaliadas foram as três gerências que compõem a Diretoria de Vigilância em Saúde em Blumenau, a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador (CEREST). O contexto, o caso e as unidades integradas de análise estão retratados na Figura 4.

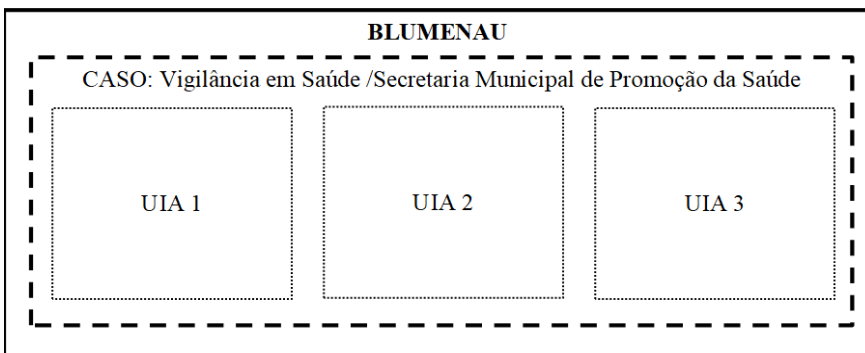


Figura 4 – Caso único com unidades integradas de análise

Fonte: Adaptado de Yin (2015).

A escolha do caso emergiu da inserção da pesquisadora no cotidiano de trabalho da Diretoria de Vigilância em Saúde, considerando que essa está estabelecida na estrutura administrativa do município. Motivada pela sua participação no processo de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde, a pesquisadora desejou conhecer se há articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde nesse município e, caso positivo, como se dá essa articulação.

5.2.2 Delimitação do caso

Esse estudo de caso foi delimitado por:

1. Entrevistas com gestores da Diretoria de Vigilância em Saúde;
2. Entrevistas com dois informantes-chave;
3. Grupos Focais com profissionais que atuam nas gerências da Diretoria de Vigilância em Saúde;
4. Instrumentos legais produzidos pelo Ministério da Saúde e pelo município de Blumenau;
5. Documentos emitidos por representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, ANVISA, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;
6. Documentos emitidos pelo Conselho Municipal de Saúde de Blumenau;
7. Documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Promoção da Saúde.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os profissionais que atuam na Diretoria de Vigilância em Saúde. A coleta de dados foi realizada em dois momentos, para os quais foram adotados os seguintes critérios de inclusão: Momento 1 foi composto por profissionais que se encontravam em cargos estratégicos de gestão durante o período de coleta dos dados, como gerentes, diretor e Secretário Municipal de Saúde, totalizando cinco participantes. O Momento 2 foi composto por profissionais de saúde efetivos que atuam diretamente nos componentes que formam a Vigilância em Saúde do município, com mais de três anos de atuação (aprovados no estágio probatório), totalizando nove participantes. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam em férias ou qualquer tipo de licença no período de coleta de dados, além de profissionais contratados temporariamente.

Os participantes do Momento 1 foram organizados segundo a ordem de realização das entrevistas, recebendo a numeração de acordo com a ordem crescente (G1, G2, G3, G4, G5). Dois gestores foram considerados como informantes-chave, pois forneceram informações importantes e proporcionaram interpretações sobre o caso. Os participantes do Momento 2 por sua vez foram classificados de acordo com a ordem de chegada no primeiro momento de coleta do Grupo Focal, caracterizados pela abreviatura de Profissional (P1, P2, P3, P4, P5, P6,

P7, P8, P9). Estas medidas foram tomadas com o intuito de garantir o anonimato dos participantes envolvidos nesta pesquisa.

5.4 COLETA DOS DADOS: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2018. Para o levantamento dos dados, realizou-se a triangulação de três fontes de evidência: pesquisa documental, entrevista focada e grupo focal. A obtenção dos dados na pesquisa estudo de caso é um processo minucioso que demanda muito tempo do pesquisador, sobretudo considerando que o uso de mais de uma fonte de dados proporcionará maior confiança nos resultados obtidos (YIN, 2015).

As entrevistas focadas foram realizadas com os cinco gestores participantes do Momento 1, mediante a utilização de um roteiro previamente estabelecido (APÊNDICE A), organizado em duas partes: a primeira composta por dados de identificação e caracterização dos participantes, e a segunda com perguntas que respondessem a questão norteadora “Como a gestão percebe a articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau?”. Para a validação do protocolo da entrevista focada foi realizada uma entrevista piloto com uma enfermeira que já atuou como Gerente de Vigilância Epidemiológica, com o intuito de aperfeiçoar este instrumento de coleta de dados. Sua participação não foi incluída na análise dos dados.

As entrevistas foram agendadas previamente por telefone ou pessoalmente, e ocorreram em dias e horários sugeridos pelos participantes, sendo gravadas em áudio com o auxílio de um aparelho gravador de voz para garantir maior detalhamento e precisão das informações obtidas. Um dos entrevistados apenas aceitou participar da pesquisa via e-mail. As entrevistas tiveram duração entre 20 e 50 minutos e foram transcritas na íntegra posteriormente. Para Yin (2015) as entrevistas são “uma das fontes mais importantes” de obtenção de dados no estudo de caso, especialmente porque a escolha de informantes-chave possibilita ao pesquisador insights sobre o tema.

Na realização dos dois encontros do Grupo Focal (APÊNDICE B) foram abordados os participantes do Momento 2. Os encontros ocorreram no Laboratório Multiuso da Escola Técnica do SUS nos dias 15 de maio e 20 de junho de 2018. Para auxiliar no registro e posterior transcrição e análise das informações, os encontros do Grupo Focal foram gravados com o auxílio de um aparelho gravador de voz e dois aparelhos celulares. Nos dois encontros foram expostos o objetivo do encontro, materiais de estímulo e perguntas disparadoras formuladas para incentivar a

participação dos profissionais. Além da pesquisadora, participou um moderador que auxiliou no registro das falas e das expressões corporais dos participantes.

Entre o primeiro e o terceiro encontro do Grupo Focal ocorreu o I Seminário de Vigilância em Saúde de Blumenau, realizado no dia 16 de maio de 2018. Este encontro contou com um palestrante vinculado ao Ministério da Saúde, um palestrante vinculado à Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária e um palestrante vinculado à Diretoria Estadual de Vigilância Epidemiológica. Foram convidados a participar deste evento todos os profissionais da Diretoria Municipal de Vigilância em Saúde, aos quais foram expostas a constituição da Vigilância em Saúde no município, seu percurso histórico e situação atual, conceitos de Vigilância em Saúde e a necessidade de articulação entre os seus componentes. Este evento serviu como material de estímulo para a reflexão dos participantes do Grupo Focal.

A ferramenta Grupo Focal é habitualmente utilizada na fase exploratória da pesquisa e requer preparo do pesquisador, como a construção de um roteiro, escolha de materiais que incentivem a interação entre o pesquisador e os participantes, entre outros. Sua aplicação em situações em que se pretende investigar o contexto interacional é de grande valia, pois permite que os integrantes falem de situações que poderiam não ser abordadas de outra forma, descortinando fatos que porventura não chegariam ao conhecimento do pesquisador. A ferramenta também permite realizar, sincronicamente, a coleta e a intervenção sobre determinada questão (BARBOUR; FLICK, 2009).

O uso de documentos possibilita ao pesquisador aprofundamento e compreensão de fatos, narrados por diversas vozes envolvidas no fenômeno, descritos em contextos variados, tendo valor legal ou servindo como registro, sendo apresentados de diversas formas, como registros escritos ou audiovisuais, podendo conter informações de domínio público ou privado. Outro benefício está em reexaminá-los sempre que necessário, porém seu uso deve ser criterioso, de modo que não sejam elaboradas inferências parciais sobre o tema (YIN, 2015).

A pesquisa documental foi composta de documentos legais da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde (Leis Complementares que estabelecem e alteram a estrutura administrativa do governo municipal, Planos Municipais de Saúde anteriores e vigente). Também foram incluídos a Portaria que institui o Grupo de Trabalho para a elaboração do Documento Base para a Política Nacional de Vigilância em Saúde, assim como o respectivo documento e a portaria que consolida as propostas e as moções aprovadas na I Conferência Nacional de Vigilância

em Saúde. A coleta dos documentos se deu no ambiente virtual da internet, por meio do acesso à instrumentos legais, pactos de gestão e indicadores divulgados e de livre acesso. Outros documentos foram solicitados diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, porém alguns documentos solicitados não foram cedidos.

Quadro 2 – Documentos do caso, Blumenau, 2018.

DOC 1	Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 583, de 9 de maio de 2018
DOC 2	Política Nacional de Vigilância em Saúde (Documento-base, 2014; Resolução 588, 2018)
DOC 3	Apresentação do profissional do Ministério da Saúde no I Seminário de Vigilância em Saúde
DOC 4	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2010
DOC 5	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2011
DOC 6	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2013
DOC 7	Plano Municipal de Saúde 2009-2013
DOC 8	Plano Municipal de Saúde 2014-2017
DOC 9	Plano Municipal de Saúde 2018-2021
DOC 10	Relatório Anual de Gestão de Blumenau, 2010
DOC 11	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 284, de 17 de fevereiro de 2016
DOC 12	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 288, de 18 de maio de 2016
DOC 13	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 302, de 21 de junho de 2017
DOC 14	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 303, de 19 de junho de 2017
DOC 15	Lei Complementar nº 648, de 29 de agosto de 2007
DOC 16	Lei Complementar nº 1094, de 17 de fevereiro de 2017
DOC 17	Lei Complementar nº 1186, de 18 de abril de 2018

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

5.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram transcritas, submetidas à uma análise de conteúdo e posteriormente categorizadas, baseadas na metodologia do Estudo de Caso. Os dados foram processados no software MaxQDA®plus disponível no Grupo de Pesquisa GEPADES - Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do

Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde, e a análise dos dados foi por técnica qualitativa.

O MaxQDA@plus lançado no ano de 1989 em Berlin, Alemanha, é indicado para organização e análise de dados de métodos qualitativos e mistos. Suas funcionalidades incluem a importação de dados de entrevistas, grupos focais, conteúdo online, imagens, áudios, vídeos, tabelas, entre outros. Proporciona ao pesquisador a criação de sistema de codificação próprio, organização, classificação e categorização.

Após a transcrição completa das entrevistas, encontros do grupo focal e organização dos documentos, os conteúdos foram inseridos no software, permitindo o tratamento e categorização das informações coletadas. Foram gerados 1133 códigos incluindo as entrevistas, encontros do Grupo Focal e os dados documentais. Estes códigos foram divididos em grupos e subgrupos, conforme mostra a Figura 5.

The screenshot displays the MaxQDA@plus software interface. The top window shows a document viewer with text excerpts and highlighted segments. The middle window shows a 'Sistema de Códigos' (Code System) with a hierarchical tree structure. The bottom window shows a conceptual diagram with 'EPIDEMIOLOGIA' at the center, surrounded by 'VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA', 'VIGILÂNCIA SANITÁRIA', 'VIGILÂNCIA AMBIENTAL', 'VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR', 'DIRETÓRIOS', and 'PROMOÇÃO DA SAÚDE'. The diagram also includes 'Gestores' and 'Qualificação de outros atores'.

Figura 5 – Sistema de códigos da pesquisa
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

O estudo de caso estabelece que todas as análises devem seguir uma estratégia analítica. Neste estudo foram utilizadas as estratégias analíticas baseadas na proposição teórica e no desenvolvimento da descrição do caso. As proposições teóricas são construídas para a definição do caso, uma vez que estas orientarão o plano de coleta de dados, baseado nas análises prioritárias, contribuindo para manutenção do foco do pesquisador em determinados dados em detrimento a outros, bem como na construção de explicações alternativas que serão posteriormente

exploradas. A descrição do caso oportuniza a identificação de elos causais por meio da estrutura teórica construída para a organização da análise do caso (YIN, 2015).

As estratégias analíticas foram utilizadas para desenvolver a técnica de análise de construção de explicação, em que segundo Yin (2015), “o objetivo é analisar os dados do estudo de caso construindo uma explicação sobre o caso”. Essa técnica permite elaborar explicações sobre o caso e os “elos causais” que culminaram no desfecho observado. No caso de uma política pública, essa explicação poderá ser entendida como uma crítica ao modelo atual e, por conseguinte, apontar mudanças positivas a serem consideradas. Novamente, exige-se do pesquisador foco para que não se desvie do seu objetivo prioritário de análise. Para tanto, o protocolo do estudo de caso mostra mais uma vez sua relevância na condução da pesquisa, chamando constantemente o pesquisador à sua prioridade original (YIN, 2015).

Explicação final é o desfecho de uma sequência de interações entre a produção de uma proposição teórica inicial sobre aspectos políticos ou sociais, confrontando os achados do caso com essas proposições, refazendo esse processo tantas vezes quanto for necessário (YIN, 2015).

Assim, a construção gradativa da explicação final é análoga ao aperfeiçoamento das ideias, sendo consideradas diversas explicações possíveis, analisando sua viabilidade frente conjunto real dos eventos do caso estudado (YIN, 2015).

Do tratamento e análise dos dados emergiram cinco categorias e suas respectivas subcategorias, apresentadas no quadro 3.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias da pesquisa

CATEGORIA	OBJETIVO RELACIONADO	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	SUBCATEGORIA
A NOSSA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O QUE SABEMOS A RESPEITO	Identificar as perspectivas dos gestores e dos profissionais da Vigilância em Saúde quanto ao seu espaço de atuação na gestão municipal.	Apresenta os conceitos e objetivos da Vigilância em Saúde local na ótica dos participantes	
O ESPAÇO DA VIGILÂNCIA EM		Aborda a visão dos participantes a	A construção coletiva dos

SAÚDE NA GESTÃO MUNICIPAL		respeito das oportunidades percebidas para a sua contribuição no planejamento das ações e os apontamentos para a construção de relações mais produtivas para o futuro	instrumentos de gestão A análise conjunta dos indicadores e do resultados das ações
A ARTICULAÇÃO DOS SABERES, PROCESSOS E PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Analisar as situações em que ocorre articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde e entre esta e as demais áreas e/ou setores relacionados à gestão da saúde.	Apresenta os relatos dos participantes sobre as ações de Vigilância em Saúde realizadas de maneira articulada entre os componentes e com outros setores	Articulação entre os componentes municipais da Vigilância em Saúde Articulação da Vigilância em Saúde com outros níveis e setores Situações em que a necessidade de articulação é percebida
ASPECTOS FACILITADORES E LIMITADORES DA ARTICULAÇÃO		Identifica aspectos facilitadores e restritivos para a articulação das ações, bem como proposições para o futuro da Vigilância em Saúde no município	Espaços e oportunidades de articulação Dificuldades apontadas que prejudicam a articulação
UM BREVE OLHAR PARA O HORIZONTE		Aponta algumas perspectivas para o futuro da Vigilância em Saúde	

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

A organização por categorias e subcategorias permitiu analisar e discutir dois dos objetivos específicos deste estudo. O primeiro agrupamento é formado pelas categorias “A NOSSA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O QUE SABEMOS A RESPEITO” e “O ESPAÇO DA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA GESTÃO MUNICIPAL”, com o propósito de apresentar, sob a ótica dos participantes, os conceitos e objetivos da Vigilância em Saúde no âmbito municipal e de identificar suas perspectivas quanto ao seu espaço de atuação na gestão municipal. Este agrupamento está apresentado como Manuscrito 2, a seguir.

O segundo agrupamento é formado pelas categorias “A ARTICULAÇÃO DOS SABERES, PROCESSOS E PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE”, “ASPECTOS FACILITADORES E LIMITADORES DA ARTICULAÇÃO” e “UM BREVE OLHAR PARA O HORIZONTE”, com o propósito de analisar as situações em que ocorre articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde e entre esta e as demais áreas e/ou setores relacionados à gestão da saúde, além de apontar algumas perspectivas para o futuro da Vigilância em Saúde local. Este agrupamento está apresentado como Manuscrito 3, a seguir.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa no município de Blumenau, a mesma foi submetida à avaliação do Secretário de Saúde, por meio da Escola Técnica de Saúde. Após o aceite do Secretário de Saúde, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) mediante sua inclusão na Plataforma Brasil. Foi aprovado sob o parecer número 2.513.739, CAAE 83069918.7.0000.0121.

Esse estudo tem como base ética e legal a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466, de 12 de dezembro de 2012, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução agrega alguns referenciais da bioética como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade com intento de garantir os direitos e deveres relacionados aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Estabelece também que os participantes do estudo devem ter ciência do estudo, seus objetivos, métodos, possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua participação, bem como a assistência a ser prestada caso necessário.

No momento da entrevista com os gestores e no primeiro encontro com os participantes do Grupo Focal, foi apresentada a proposta da pesquisa, seus objetivos e procedeu-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C e D). Garantiu-se o direito à livre participação no estudo, bem como a desistência a qualquer momento, iniciando-se a coleta dos dados mediante assinatura do TCLE. Para garantir o sigilo das informações coletadas bem como o anonimato

dos participantes, os mesmos estão representados pelos seguintes códigos: G1, G2, G3, G4, G5, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo observa a Instrução Normativa n. 01 de 17 de agosto de 2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), que dispõe o formato e elaboração de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem. Neste sentido, os resultados deste estudo estão apresentados em três subtópicos: o primeiro compreende a descrição do relatório do caso e das três unidades integradas de análise. O segundo apresenta o manuscrito 2, intitulado A Vigilância em Saúde na esfera municipal: perspectivas de gestores e de profissionais; e o terceiro apresenta o manuscrito 3, intitulado A articulação das ações de Vigilância em Saúde: a realidade de um município catarinense de grande porte.

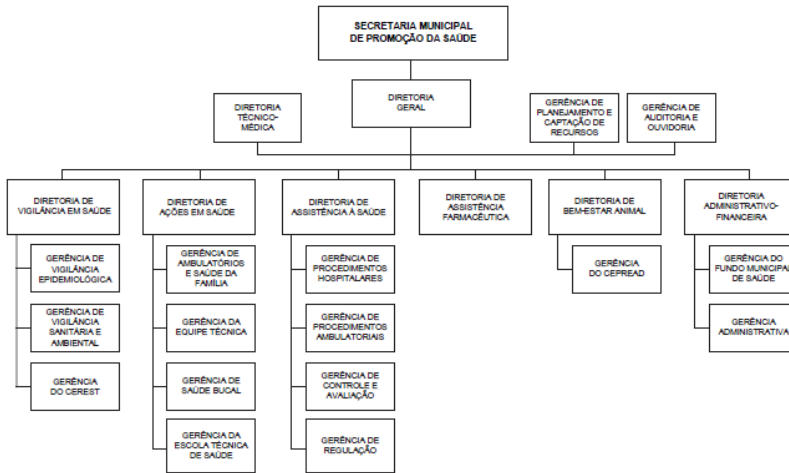
6.1 RELATÓRIO DO CASO

Este relatório apresenta o caso da Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Blumenau, SC, resgatando sua criação e sua evolução ao longo dos anos, sua composição, atribuições e situação atual. As informações contidas no relatório foram obtidas em documentos e instrumentos legais do município.

6.1.1 Contexto

A Secretaria Municipal de Promoção da Saúde (SEMUS) é o órgão da estrutura administrativa do governo municipal que tem como propósito fundamental a formulação da política de saúde de Blumenau, planejando, gerenciando e executando suas ações com base nos princípios e dispositivos legais do SUS (BLUMENAU, 2009). A SEMUS está organizada administrativamente conforme demonstra a Figura 6.

Figura 6 – Organograma da Secretaria Municipal de Promoção da Saúde de Blumenau



Fonte: BLUMENAU, 2018a.

Na cidade de Blumenau, o Plano Municipal de Saúde atual compreende o período de 2018 a 2021, contemplando 11 diretrizes prioritárias voltadas ao cumprimento do Objetivo Estratégico de

“Fortalecer o Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, sem prejuízos à articulação regional, assegurando a saúde e promovendo o bem-estar de todos e em todas as idades por meio da prevenção, promoção, recuperação e vigilância da saúde, com equidade, universalidade, intersetorialidade, sustentabilidade e transparência” (BLUMENAU, 2018b).

As 11 diretrizes estão divididas em três eixos, sendo o primeiro Gestão, logística e infraestrutura; o segundo Prevenção, promoção e recuperação e o terceiro Vigilância e informações em saúde, cada qual com diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos com base na análise da situação de saúde local. O terceiro eixo compreende três diretrizes e 13 objetivos específicos, bem como suas metas e indicadores, conforme demonstra a Figura 7 (BLUMENAU, 2018b).

Figura 7 – Terceiro eixo do Plano Municipal de Saúde 2018-2021: “Vigilância e informações em saúde”

	DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	
Manutenção das ações de vigilância visando à regulação das atividades fiscalizadas, à inocuidade sanitária e à prevenção de vetores		Melhorar as ações de combate ao Aedes Aegypti através da qualificação e estruturação dos serviços para melhoria dos indicadores do Programa Controle da Dengue.	Monitorar 10% dos imóveis do município semanalmente	% imóveis monitorados semanalmente	
		Melhorar o gerenciamento e controle de processos de alvarás sanitários por meio da implantação de sistema automatizado, otimizando o desempenho dos servidores e agilizando os processos	Implantar sistema em 2018	Sistema implantado	
		Prevenir a contaminação e doenças no público infantil levando conhecimento sobre aspectos sanitários junto às Unidades Escolares	Implantar o Projeto EDUCANVISA em 2019	Projeto implantado	
		Fortalecer as ações de combate a vetores para antecipar à proliferação e ocorrência de acidentes, enfatizando a conscientização da comunidade sobre o seu papel	Implantar controle de incidência do escorpião amarelo em 2018	Controle implantado	
		Fortalecer as ações de vigilância em saúde junto à atenção básica municipal	Eletivar a articulação dos vários pontos da atenção básica junto à rede de vigilância em saúde	Não Consta	
Fortalecimento da Epidemiologia, focando a modernização dos processos, o combate a ameaças e a disponibilização de dados e informações necessários ao processo decisório		Aumentar a capacidade de produção de indicadores visando à melhoria da gestão das ações e dos recursos em prol da coletividade através do fornecimento de dados e informações, de forma ágil e atualizada	Implantar Sala de Indicadores	Sala implantada	
			Implantar boletim informativo intersectorial	Boletim implantado	
			Mapear as principais DNT por região	Mapeamento realizado	
			Criar Banco de Informações sobre o perfil da pessoa de baixa mobilidade em 2018	Banco de dados criado	
			Criar Banco de Informações sobre o perfil da pessoa de baixa mobilidade em 2018	Banco de dados criado	
			Estabelecer perfil epidemiológico da população refugiada no Município	Perfil estabelecido	
			Traçar o perfil epidemiológico dos moradores do Município	Perfil mapeado	
			Melhorar o processo das investigações de surtos, leishmaniose, hanseníase e febre maculosa por meio da descentralização das investigações para as UBS	Descentralizar investigações para Unidades Básicas de Saúde em 2019	Investigações descentralizadas
			Fortalecer a prevenção a acidentes de trabalho por meio da reestruturação do fluxo de investigação dos acidentes por parte do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), prioritariamente do Município, e do incentivo a ações de conscientização sobre prevenção a acidentes de trabalho junto às empresas	Reestruturar fluxo no Município em 2018	Fluxo reestruturado
			Implantar Protocolo de Diagnóstico e Assistência das Hepatites Virais	Reestruturar fluxo na Macro-região em 2019	Fluxo reestruturado
			Conscientizar e informar a população, por meio de ações transversais, visando à redução de mortes relacionadas a acidentes de trânsito e demais causas externas, com ênfase na população masculina	Desenvolver ações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs)	Que de Ações desenvolvidas
	Melhoria contínua do ambiente local por meio da implantação de programas específicos voltados ao bem-estar dos animais			Divulgar continuamente as atividades do Centro de Prevenção e Recuperação de Animais Domésticos (CEPREAD) e os objetivos da guarda responsável de animais por meio de site próprio e das demais mídias de comunicação	Implantar sistema de informação voltado à saúde do trabalhador
			Implantar protocolo em 2018	Protocolo implantado	
			Implantar e executar Programa Vida no Trânsito em 2018	Programa implantado	
			Reduzir a mortalidade masculina em virtude de acidentes no trânsito	Taxa de mortalidade masculina no trânsito	
		Implantar Programa de Comunicação	Implantar Programa de Comunicação	Programa Implantado	
		Incentivar a guarda responsável de animais por meio da divulgação e conscientização de alunos da Rede de Ensino e criação de instrumento para avaliar o nível de conhecimento da população a respeito do tema	Implantar Programa de Educação	Programa Implantado	
		Reduzir o número de cães e gatos aptos à reprodução por meio de castração dos animais que passarem por internamento no CEPREAD ou que se encontrarem sob custódia de ONGs	Implantar Programa de Castração de Cães e Gatos	Programa Implantado	

Fonte: Adaptado de BLUMENAU (2018b).

pontos estratégicos e armadilhas distribuídas pelos bairros da cidade. Diante de casos suspeitos de dengue, é realizada a Pesquisa Vetorial Especial (PVE) no local do foco e áreas próximas. Executa ainda medidas de controle mecânico e químico em locais que podem servir de criadouro para os mosquitos e, em parceria com a Vigilância Sanitária e Ambiental, atende denúncias e fiscaliza locais determinados pela legislação, objetivando a eliminação de criadouros de mosquitos (BLUMENAU, 2013).

O Centro Especializado de Diagnóstico, Assistência e Prevenção (CEDAP) também faz parte da Gerência de Vigilância Epidemiológica e é composto pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O SAE conta com equipe multiprofissional e configura-se como unidade ambulatorial de referência para assistência e tratamento de indivíduos diagnosticados com HIV, ISTs e Hepatites Virais. O CTA atende demandas espontâneas e referenciadas, oferecendo atividades de aconselhamento individual e coletivo, pré e pós-teste, orientações sobre o tratamento, além de promover atividades educativas sobre HIV, ISTs e Hepatites Virais em diversos ambientes sociais (BLUMENAU, 2013).

O Laboratório Municipal integra a Rede de Laboratórios Centrais de Santa Catarina, tendo sido construído inicialmente para atuar como laboratório regional do estado, porém, atualmente a estrutura está sob gestão municipal.

Em nível local, a Vigilância Sanitária atua na fiscalização de alimentos, produtos, estabelecimentos de saúde e produtos relacionados à área, estabelecimentos de ensino, tal como no saneamento e controle de zoonoses (BLUMENAU, 2013). Na mesma gerência está inserida a Vigilância Ambiental, organizada de modo a identificar fatores de risco do meio ambiente que possam afetar a saúde da população. Atua em programas como VIGIAGUA, controle de vetores e animais peçonhentos e, de forma terceirizada, realiza desinsetizações e desratizações em vias públicas (BLUMENAU, 2013).

O Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) é responsável pela Política de Saúde do Trabalhador de Blumenau, além do processo de regionalização e implantação de ações e programas de Saúde do Trabalhador em outros 53 municípios das regiões Alto Vale, Médio Vale e Foz do Rio Itajaí. Oferece suporte técnico para o SUS em ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. Organiza-se em duas equipes, a de Vigilância e Fiscalização de Ambientes e Processos de Trabalho e de Assistência à Saúde do Trabalhador. O CEREST realiza atividades de assistência ambulatorial

aos trabalhadores acidentados ou com doenças ocupacionais, fiscalização e vigilância nos ambientes e processos de trabalho em empresas públicas ou privadas, qualificação de profissionais de saúde e assessoria técnica aos 53 municípios a que fornece apoio (BLUMENAU, 2013).

6.2 UNIDADES INTEGRADAS DE ANÁLISE

As unidades integradas de análise relativas à Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Blumenau foram compostas pelas Vigilâncias: Epidemiológica; Sanitária e Ambiental; e Vigilância em Saúde do Trabalhador que, para manter o anonimato dos participantes deste estudo, serão apresentadas conjuntamente.

Além dos três gestores incluídos no estudo por meio dos critérios de inclusão, foram entrevistados dois informantes-chave que, devido aos cargos que ocupavam no momento da coleta de dados, representavam fonte de informações relevantes para a pesquisa e maior oportunidade de insights sobre o caso. Um informante era do sexo masculino e um do sexo feminino e ambos não pertencem ao quadro de servidores públicos municipais. Os dois informantes-chave possuem formação em nível superior na área de administração e um deles possui especialização em administração hospitalar.

6.2.1 Unidades integradas de análise

A Gerência de Vigilância Epidemiológica apresenta um arranjo organizacional complexo, visto que abriga seis coordenações, das quais três não estão localizadas dentro da mesma estrutura física da gerência.

Na instalação central, imóvel locado pelo município, encontra-se a Coordenação do Serviço de Imunização, a Coordenação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, a Coordenação dos Sistemas de Informação (Sistema de Informações sobre Mortalidade, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Além das coordenações, neste local também são realizadas ações relacionadas ao controle de doenças e agravos de notificação compulsória e a emissão de Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP).

Ao todo são 35 servidores atuando nesse espaço físico, sendo que destes um está afastado para tratamento de saúde e outro está em licença sem vencimentos. O horário de atendimento no prédio central é das 7:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira, atendendo em regime de

sobreaviso das 19:00 às 7:00 horas durante a semana e das 7:00 às 7:00 horas aos sábados, domingos e feriados.

A coordenação do CEDAP está localizada há quase três quilômetros do prédio central, sendo também um imóvel locado pela prefeitura, e atende ao público de segunda a sexta-feira das 8:00 às 17:00 horas, sendo que aos sábados, domingos e feriados realiza no período da manhã o Tratamento Diretamente Observado de pacientes com tuberculose. Nesta estrutura atuam 44 servidores, dos quais alguns prestam serviços ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Esta estrutura abriga também a Coordenação do Programa Tuberculose e Hanseníase e a Coordenação do Programa das Hepatites Virais.

A estrutura do Laboratório Municipal dista 12 quilômetros do prédio central da Vigilância Epidemiológica, em região afastada da área central da cidade. Não realiza atendimentos ao público, apenas recebe as amostras já coletadas e realiza o processamento das mesmas de acordo com os serviços que desempenha. As análises que ultrapassam sua capacidade técnica são enviadas ao Laboratório Central do Estado.

A Coordenação de Combate à Dengue está há pouco mais de três quilômetros do prédio central da Vigilância Epidemiológica, instalada em duas salas de um prédio locado pela prefeitura, onde também funcionam outros serviços da Secretaria Municipal de Promoção da Saúde. Atende de segunda a sexta-feira das 7:00 às 17:00 horas e conta com 37 servidores em seu quadro operacional, destacando a presença de três fiscais sanitários que podem realizar ações de fiscalização, intimação e autuação, caso necessário.

A Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental é a única estrutura dentro da Diretoria de Vigilância em Saúde que possui um imóvel próprio. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 17:00 horas.

Composta por seis coordenações, essa gerência conta com 52 servidores lotados no setor. Além do Chefe de Alvará Sanitário, as ações estão distribuídas entre as coordenações Administrativa, de Fiscalização Sanitária de Alimentos e Produtos, de Fiscalização Sanitária de Estabelecimentos de Interesse da Saúde, de Fiscalização Sanitária de Saneamento Ambiental e Zoonoses, sendo esta responsável também pelo programa VIGIÁGUA, e, por fim, a Coordenação de Fiscalização Sanitária de Estabelecimentos de Ensino, responsável também pelo Setor de Carteira de Saúde para Manipuladores de Alimentos.

No município de Blumenau a Vigilância em Saúde do Trabalhador, denominada Gerência do CEREST, conta com 12 servidores, atendendo

de segunda a sexta-feira das 7:00 às 16:00 horas. Divide-se em duas coordenações, sendo a coordenação do Ambulatório Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador e a coordenação do Setor de Fiscalização do CEREST. O ambulatório municipal atende apenas os trabalhadores acidentados que residem em Blumenau.

6.3 MANUSCRITO 2: A Vigilância em Saúde na esfera municipal: perspectivas de gestores e de profissionais.

RESUMO

Esse estudo tem por objetivo identificar as perspectivas dos gestores e dos profissionais da Vigilância em Saúde quanto ao seu espaço de atuação na gestão municipal. Estudo de caso único, de abordagem qualitativa, que contempla três unidades integradas de análise. Os dados foram coletados de março a junho de 2018, por meio de entrevista focada, grupos focais e pesquisa documental. A análise dos dados se deu pela técnica analítica de construção da explanação, da qual emergiram duas categorias: A nossa vigilância em saúde: o que sabemos a respeito?; e O espaço da Vigilância em Saúde na gestão municipal, com duas subcategorias: A construção coletiva dos instrumentos de gestão e A análise conjunta dos indicadores e do resultados das ações. Conclui-se que os profissionais e os gestores compreendem a Vigilância em Saúde como uma ferramenta do poder público para a prevenção de doenças e agravos, contudo, observa-se a necessidade de reflexão a respeito das ações de promoção da saúde que podem ser realizadas pela vigilância. Há que se considerar a ampliação da oferta de ações de educação permanente para esses profissionais e de maior abertura para a sua participação no planejamento das ações e análise crítica dos resultados.

Descritores: Vigilância em Saúde. Sistema Único de Saúde. Municipalização. Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

Concebida como parte indissociável da política nacional de saúde brasileira, a Vigilância em Saúde tem papel fundamental na busca pela garantia dos direitos à saúde, concretizada por meio de inúmeras ações que visam a coleta, consolidação, análise dos dados e disseminação das informações relacionadas aos fatores que determinam e condicionam a saúde da população. As ações de Vigilância em Saúde foram propostas para se integrarem aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientadas com base nas necessidades de saúde do território em que se insere e executadas de modo a atingir a integralidade da atenção (BRASIL, 2018a).

A organização das ações de Vigilância em Saúde no país começou de forma centralizada e segmentada por meio de programas específicos, coordenados pela esfera federal. Esses programas resultaram grandes avanços para a saúde pública brasileira, porém, demandas por autonomia de gestão dos níveis municipal e estadual ganharam destaque, para as quais o modelo inicial não era capaz de gerar respostas satisfatórias, dando-se, assim, início ao processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde no Brasil (NETTO et al., 2017).

A ampliação do propósito da Vigilância em Saúde ao longo dos últimos anos promoveu o direcionamento do foco para a realidade local, sobretudo considerando o panorama da saúde no Brasil e as disparidades encontradas no país. A sobreposição da tripla carga de doenças e a diversidade de fatores de risco e determinantes sociais, que impactam de maneiras diferentes na saúde individual e coletiva, provocaram reflexões sobre os objetos de ação e os processos de trabalho da política pública de saúde capazes de atender às necessidades de saúde da população de cada território (GUIMARÃES et al., 2017).

A criação em 2003 da Secretaria de Vigilância em Saúde deu novo impulso ao processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde, estimulando sua efetivação no território onde o indivíduo vive, trabalha e desenvolve suas relações. A urgência da territorialização originou-se do princípio de que, em um país com dimensões continentais, os indivíduos e as comunidades têm variadas necessidades de saúde e são expostos a múltiplos fatores que ameaçam a sua saúde. A ausência desta consideração prévia e a manutenção de processos centralizados e generalização de ações levaria ao fracasso qualquer política de saúde pública (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

O ano de 2018 representou um novo marco para a Vigilância em Saúde devido aos intensos debates a respeito do tema. A realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde reacendeu a discussão de aspectos que demandavam esclarecimentos e resultou na produção de extenso conteúdo intelectual, utilizado como base para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) (TEIXEIRA et al., 2018).

A compreensão e a valorização do território, enfatizada no texto da primeira versão da recém criada PNVS, advém da lógica de que a implementação dessa política se dará efetivamente em cada local para atender as suas necessidades específicas e, para tanto, as equipes de Vigilância em Saúde deverão ser capazes de reconhecer a sua situação de saúde, propondo e planejando ações que atendam às demandas do seu território (BRASIL, 2018a).

Diante dessa perspectiva, o município deixa a posição de espectador para tornar-se ativo no cenário da Vigilância em Saúde. Logo, os instrumentos de gestão municipais devem conter em seu escopo as ações, metas e indicadores relacionados às Vigilância em Saúde, assegurando também o financiamento crescente dessas ações, norteados pelos conceitos, princípios, diretrizes e responsabilidades expressas na PNVS (BRASIL, 2018a; GUIMARÃES et al., 2017).

Conhecer as competências e as atribuições de cada nível de gestão no que tange a Vigilância em Saúde é fundamental para conduzir o discurso à prática e, desse modo, compete especialmente aos gestores e profissionais de saúde, difundir esse conhecimento e acompanhar sua aplicação (BRASIL, 2018b).

Com base no exposto, e considerando uma experiência local estruturada administrativamente, este estudo adotou a proposição teórica que a execução das ações de Vigilância em Saúde na gestão municipal depende do compartilhamento de conhecimentos e experiências dos gestores e profissionais desta área. Assim, este estudo teve por objetivo identificar as perspectivas dos gestores e dos profissionais da Vigilância em Saúde quanto ao seu espaço de atuação na gestão municipal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo explanatório e descritivo, com estratégia metodológica de estudo de caso único, com três unidades integradas de análise (UIA), de abordagem qualitativa. Esse método é empregado quando há necessidade de compreensão de um fenômeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto. As subunidades de análise podem ser integradas à unidade de análise para o desenvolvimento de um projeto complexo, e representam para o pesquisador maiores oportunidades de insights a respeito do caso (YIN, 2015).

O contexto deste estudo foi o município de Blumenau, Santa Catarina; o caso foi a Vigilância em Saúde local; e as três unidades integradas de análise foram compostas pelas três gerências da Diretoria de Vigilância em Saúde, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde: a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e Ambiental e a Vigilância em Saúde do Trabalhador, apresentadas conjuntamente para preservar o anonimato dos participantes.

Optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: entrevista focada, grupo focal e pesquisa documental.

Os participantes do estudo foram profissionais que atuam na Secretaria Municipal de Promoção da Saúde e na Diretoria de Vigilância

em Saúde, divididos em dois momentos de coleta de dados. Foram adotados os critérios de inclusão: Momento 1 foi composto por profissionais que se encontravam em cargos de gestão durante o período de coleta dos dados, totalizando cinco participantes, consultados por meio de entrevista focada; o Momento 2 foi composto por profissionais de saúde efetivos que atuam diretamente nos componentes que formam a Vigilância em Saúde do município, com mais de três anos de atuação (aprovados no estágio probatório), totalizando nove participantes, contatados por meio da técnica de Grupo Focal. Aos dois momentos somou-se a coleta documental, composta pelos documentos apresentados no quadro 4.

Quadro 4 - Documentos do caso, Blumenau, 2018.

DOC 1	Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 583, de 9 de maio de 2018
DOC 2	Política Nacional de Vigilância em Saúde (Documento-base, 2014; Resolução 588, 2018)
DOC 3	Apresentação do profissional do Ministério da Saúde no I Seminário de Vigilância em Saúde
DOC 4	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2010
DOC 5	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2011
DOC 6	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2013
DOC 7	Plano Municipal de Saúde 2009-2013
DOC 8	Plano Municipal de Saúde 2014-2017
DOC 9	Plano Municipal de Saúde 2018-2021
DOC 10	Relatório Anual de Gestão de Blumenau, 2010
DOC 11	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 284, de 17 de fevereiro de 2016
DOC 12	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 288, de 18 de maio de 2016
DOC 13	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 302, de 21 de junho de 2017
DOC 14	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 303, de 19 de junho de 2017
DOC 15	Lei Complementar nº 648, de 29 de agosto de 2007
DOC 16	Lei Complementar nº 1094, de 17 de fevereiro de 2017
DOC 17	Lei Complementar nº 1186, de 18 de abril de 2018

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2018. Optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: entrevista focada, grupo focal e pesquisa documental.

Após a transcrição das entrevistas e dos encontros do grupo focal, bem como o ordenamento dos documentos, a organização dos dados e a sua respectiva codificação se deu com o auxílio do software MaxQDA®plus, que possibilitou o tratamento e categorização dos dados coletados, resultando em 348 códigos utilizados nesse manuscrito. A análise dos dados ocorreu por meio das estratégias analíticas baseadas nas proposições teóricas e no desenvolvimento da descrição do caso. O emprego dessas estratégias possibilitou o desenvolvimento da técnica analítica da construção da explanação, que se propõe a explicar o fenômeno, identificando pontos de conexão em comum, os elos causais que explicam “como” ou “por que” o fenômeno acontece (YIN, 2015).

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o parecer número 2.513.739, CAAE 83069918.7.0000.0121. A coleta de dados foi iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para garantia do anonimato dos participantes, os mesmos estão representados pelas iniciais G1, G2, G3, G4, G5, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9.

RESULTADOS

Este estudo de caso único é composto por três unidades integradas de análise, a saber: Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária e Ambiental; e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

O perfil geral dos participantes é composto por 64,28% mulheres com idade média de 50,7 anos, que atuam em seus respectivos locais de trabalho há 12,3 anos em média. Destas, 88,88% são servidoras estáveis e 55,55% têm formação em nível superior. Os participantes do sexo masculino, por sua vez, apresentam média de idade de 42,2 anos e atuam há 8,4 anos em média em seus respectivos locais de trabalho, sendo que 60% destes são servidores estáveis e 40% têm formação em nível superior.

Em seguida estão descritas as categorias que emergiram por meio da análise das entrevistas focadas, dos encontros do grupo focal e dos documentos obtidos: A nossa vigilância em saúde: o que sabemos a respeito?; e O espaço da Vigilância em Saúde na gestão municipal, com

duas subcategorias: A construção coletiva dos instrumentos de gestão e A análise conjunta dos indicadores e do resultados das ações.

A NOSSA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O QUE SABEMOS A RESPEITO?

Esta categoria apresenta, na visão dos participantes, o conceito de Vigilância em Saúde e algumas das principais ações realizadas no município.

Os gestores reconhecem a Vigilância em Saúde em âmbito municipal como ferramenta para melhoria da qualidade de vida da população. Percebem, em diferentes níveis de profundidade, que suas ações vão além da simples fiscalização de produtos e serviços e, por consequência, da punição das não conformidades.

Papel principal da vigilância em saúde é diagnosticar os dados epidemiológicos, sanitários e ambientais e saúde do trabalhador do municípios e com base neste, planejar ações intersetoriais. (G5)

A nível municipal eu acredito que seja fazer o controle, ter um olhar vigilante em relação as questões de prevenção e promoção da saúde e também nas questões de mudança de algum fator que possa estar influenciando na saúde das pessoas. (G2)

O próprio nome já diz né, mas fazer uma vigília mesmo, porque a gente trabalha integrado, todos com foco de prevenção mesmo, prevenção e minimização de riscos, e agravos a saúde da população. (G4)

De maneira semelhante, os profissionais participantes do Grupo Focal compreendem a Vigilância em Saúde como uma função do poder público que tem por objetivo a prevenção de doenças e agravos, propondo ações para a melhoria da saúde pública.

Coleta de consolidação e análise e divulgação de dados, referentes a eventos, a problemas de saúde com fim de planejar, implementar as medidas de saúde pública, prevenção e controle de riscos, agravo de doenças. (P1)

Controle da ocorrência, das doenças e agravos, enfim, manutenção desse controle, conhecimento dessas doenças, criação de protocolos, que eu vejo que tem bastante relacionados à vigilância, de como agir, e tendo objetivo maior a promoção da saúde. (P6)

Aos analisar os documentos produzidos pela gestão municipal, especialmente os planos municipais de saúde, observa-se o alinhamento do conceito expresso nos documentos com o que é estabelecido no nível federal. Os planos municipais referentes aos períodos de 2009 a 2013 e 2014 a 2017 transcrevem o conceito publicado na Lei Orgânica da Saúde no que tange a Vigilância em Saúde, no entanto o plano municipal de saúde vigente, que corresponde ao período de 2018 a 2021, não traz em seu conteúdo a mesma informação (DOC. 7; DOC. 8; DOC. 9).

Concordando com o conceito e a finalidade da Vigilância em Saúde, os participantes relatam que as ações realizadas no municípios estão mais direcionadas à prevenção de riscos e agravos do que a promoção da saúde.

Eu entendo que a vigilância em saúde no município, ela deveria estar preventivamente, a ação deveria ser preventiva e hoje em grande parte que eu vejo, ela está trabalhando pós e não antecipando os riscos ou até mesmo as questões da promoção da saúde junto, né? É vigilância em saúde, a gente está prevenindo e hoje a gente está trabalhando pós praticamente alguns setores né. (G3)

Eu acho que a gente não faz promoção, acho que a gente faz prevenção. (P8)

Eu não vejo muita promoção assim, vejo mais prevenção e [...] até proteção às vezes. (P9)

O organograma que define a estrutura administrativa da Diretoria de Vigilância em Saúde em um arranjo composto por três gerências (Gerência de Vigilância Epidemiológica; de Vigilância Sanitária e Ambiental; e de Saúde do Trabalhador) foi editado em 2018 (DOC. 17).

A dinâmica constante no campo da Vigilância em Saúde requer aprimoramento contínuo dos envolvidos em suas ações. Para tanto os gestores e sobretudo os profissionais devem estar aptos a realizar as ações e serem capacitados permanentemente para o melhor desempenho de suas atribuições. Os dados coletados apontam para a baixa oferta de capacitações para os profissionais de Vigilância em Saúde do município.

Hoje a gente está tendo uma grande dificuldade para os servidores da vigilância terem a capacitação, né? Nós temos poucas capacitações que são ofertados pelo Estado, pelo Ministério. (G3)

Um participante do grupo focal reconhece a falta de capacitações para os profissionais da Vigilância em Saúde. Os demais participantes sinalizaram apenas as necessidades de capacitação a serem ofertadas pela Vigilância em Saúde para demais setores, principalmente para a Atenção Primária. Os entrevistados revelaram a carência de capacitações para profissionais da Vigilância e para outros setores, especialmente em situações de emergências de saúde pública.

A vigilância sanitária tem um curso técnico, vigilância epidemiológica faz um curso básico de vigilância epidemiológica quando existe, quando tem [...] (P1)

Daí a gente vai ter que pegar mais 100 pessoas que não sabem trabalhar na área, não vão saber na hora, a gente não vai conseguir dar uma capacitação que tem que ser 'apagar fogo', então a gente não vai sair da infestação. (P4)

Essa necessidade é reconhecida particularmente nos documentos produzidos em âmbito federal (DOC. 1; DOC. 2). Em alguns documentos locais, como Relatórios Anuais de Gestão, são previstos apenas cursos de formação para Técnicos de Vigilância em Saúde (DOC. 10). Cursos de atualização só foram identificados em atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde e para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (DOC. 12).

Promover educação permanente e continuada de Vigilância em Saúde para suas áreas de atuação, entendidas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Controle de Endemias e Vetores, Laboratórios de Saúde Pública e toda a Rede de Atenção à Saúde, integrando os saberes e qualificando o domínio de ferramentas para ações efetivas de Vigilância em Saúde (DOC. 1).

O ESPAÇO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA GESTÃO MUNICIPAL

Esta categoria aborda a visão dos participantes a respeito das oportunidades percebidas para a sua contribuição no planejamento das ações e os apontamentos para a construção de relações mais produtivas para o futuro. Está organizada em duas subcategorias: A construção coletiva dos instrumentos de gestão e a análise conjunta dos indicadores e do resultados das ações.

A primeira subcategoria discorre sobre a participação de todos os profissionais na elaboração de metas e pactuações a respeito da Vigilância em Saúde municipal. A segunda subcategoria aborda a análise crítica dos indicadores obtidos no município e a forma como essa análise é realizada.

A construção coletiva dos instrumentos de gestão

Para nortear as ações de saúde no município são estabelecidos documentos que visam direcionar os esforços. O plano municipal de saúde (DOC. 7; DOC. 8; DOC. 9) é o principal deles, contudo, a participação na elaboração deste instrumento de gestão não favorece a contribuição isonômica de todas as partes envolvidas.

Ele [Plano Municipal de Saúde] foi enviado pré pronto digamos assim, a gente avaliou algumas coisas, e colocou algumas coisas e enviou via e-mail e retornou modificado algumas coisas. Então assim, não foi um momento em que as pessoas sentaram e discutiram, construíram, ele já veio meio que feito, eu dei ideias, algumas foram aceitas, outras não e no final não ficou bem como eu coloquei, e nem bem como eles colocaram, ficou uma coisa modificada, então não foi uma coisa construída por todos, foi construída por alguns. (G2)

Nota-se, de certa forma, uma contradição entre o discurso dos gestores com relação à abertura para a participação de todos os profissionais na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Plano elaborado com a participação dos diretores, gerentes, coordenadores, técnicos de todos os setores e conselho municipal de saúde. (G5)

O processo do plano municipal, ele é um processo bem construído, porque ele envolve a secretaria toda, então, digamos assim que é um leque mais amplo, mais aberto para discussões, mas eu sempre falo assim, talvez uma visão um pouco mais crítica, que eu sempre acho que a gente ainda tem muito que caminhar, que a gente está a anos luz do ideal. (G4)

Por outro lado, os profissionais que atuam nas vigilâncias relataram desconhecer e não participar da elaboração dos instrumentos de gestão.

Não tenho a mínima ideia. Talvez participou, mas a gente não ficou sabendo... (P8)

Não. A nossa gerente participou e algumas coisas ela foi perguntando, falando, mostrando, mas... (P3)

É um problema sério, mas talvez eu aqui “tô” desinformando. (P9)

Eu acho que é bastante grave, porque se eu não participo do planejamento da programação, eu não vou me comprometer com o resultado. Eu, não fui eu que ..., eu nem concordo com o que está sendo proposto. (P1)

Outro aspecto relacionado ao planejamento das ações leva em consideração a dinâmica das relações que ocorrem em determinado território, fazendo com que o planejamento tenha que ser revisto com certa frequência, baseado na Análise da Situação de Saúde daquela população.

O trabalho é redobrado, cada vez maior, então, nunca para. É uma coisa que é um fluxo. E para gente melhorar precisa ter planejamento e nós já temos, mas o planejamento muda, as coisas mudam, as pessoas mudam, não dá para a gente se conformar. (G1)

[...] porque se a gente não tem informação, não dá pra planejar uma ação. (G2)

Os profissionais que atuam na Vigilância em Saúde também relatam que a realização das Conferências Municipais de Saúde são oportunidades para a construção coletiva da programação de saúde municipal. Relatam que quando ocorriam essas conferências, havia grande participação de vários setores, o que possibilitava uma discussão ampliada das necessidades de saúde e resultava num planejamento mais assertivo.

A necessidade da participação de todos os atores envolvidos na política pública de saúde municipal para a construção de planos de ação é evidenciada pelos documentos analisados (DOC. 1; DOC. 2), inclusive

naqueles produzidos pelo controle social, ilustrado em ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde (DOC. 11).

A análise conjunta dos indicadores e do resultados das ações

Os indicadores, especialmente os pactuados no Plano Municipal de Saúde (DOC. 9), devem ser apresentados anualmente, por meio dos Relatórios Anuais de Gestão (DOC. 10). O repasse das informações pelos setores envolvidos nos indicadores ocorre de maneira fragmentada, sendo que não há um espaço para discussão e análise dos resultados. São solicitadas às áreas responsáveis que repassem as informações, porém não há uma metodologia e nem um espaço para análise coletiva da situação.

Os indicadores eles até são avaliados digamos, mas eles são avaliados mais superficialmente porque depois eles passam pelo conselho também... (G4)

[...] nós tivemos no final do ano um planejamento que foi pensando no plano municipal de saúde onde a gente colocou a necessidade disso aí, da avaliação desses dados, porque faz algum tempo que isso, não é feito. Já foi feito em alguns momentos aqui na vigilância, porque eu estou aqui na vigilância há muitos anos, já era feito isso antigamente, mas ficou por muito tempo sem ser feita essa análise dos dados. (G2)

Os documentos analisados corroboram a necessidade de análise conjunta dos indicadores e dos resultados das ações. Essa necessidade foi expressa no Plano Municipal de Saúde vigente (DOC. 9), sendo que, com o objetivo de aumentar a capacidade de produção de indicadores e o fornecimento de dados e informações, foi estabelecida como meta para o período de 2018 a 2021 a criação de uma “Sala de Indicadores” (DOC. 9).

Com base na triangulação de dados, o caso da Vigilância em Saúde no município de Blumenau, estudada com a configuração de três unidades integradas de análise (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador), apesar das características específicas das atividades realizadas individualmente pelas

UIAs, estas apresentaram similaridades, como organograma estabelecido com gerentes e coordenadores de áreas estratégicas, a composição de equipes multidisciplinares, a estrutura física adequada, recursos materiais mínimos necessários e veículos à disposição.

Apesar do estímulo para a participação dos profissionais de todos os componentes da Vigilância em Saúde nos encontros do Grupo Focal, a adesão foi aquém ao esperado, o que poderia comprometer a compreensão da abrangência da Vigilância em Saúde local e o seu espaço de atuação na gestão municipal. No entanto, a abordagem de triangulação, incluindo gestores e fontes documentais, ofereceu um olhar ampliado sobre o tema de estudo.

DISCUSSÃO

A Vigilância em Saúde está formalmente estabelecida no município estudado por meio de Lei Complementar. Há uma diretoria específica, subordinada à Secretaria Municipal de Promoção da Saúde, responsável pelo planejamento e execução das ações de Vigilância em Saúde municipal. Nem todos os gestores alocados nessa diretoria são servidores efetivos da gestão municipal e dois deles não tem formação específica para atuar na área.

Cada gerência da Diretoria de Vigilância em Saúde conta com profissionais exclusivos para a atuação em cada componente, ou seja, não há profissionais com vínculo em mais de um componente da Vigilância em Saúde e nem mesmo ocorrem trocas frequentes de profissionais entre as gerências. Desse modo, os profissionais podem se concentrar e aperfeiçoar suas competências no componente em que atuam. Por outro lado, em duas gerências existem profissionais que atuam no nível municipal e estadual em seus contratos.

Ainda assim, a fala de alguns participantes imprime em seus discursos a questão da sobrecarga de trabalho pela falta de profissionais em quantitativo suficiente para o atendimento das demandas do município estudado. Estudos revelam que quadros profissionais enxutos e incompletos podem prejudicar o desempenho das ações de Vigilância em Saúde (QUEIROZ et al., 2012; SILVA; CARVALHO, 2017).

Os gestores e profissionais demonstram estar alinhados aos conceitos relativos à Vigilância em Saúde, embora alguns participantes apresentem maior nível de aprofundamento do que outros. Contudo, há momentos em que as falas revelam-se desalinhadas no que tange as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde no campo da Vigilância em Saúde. Nem sempre é possível perceber que as ações realizadas terão

como desfecho a promoção da saúde da população. Por vezes, os profissionais de saúde encontram dificuldades em diferenciar esses conceitos e correlacioná-los com suas práticas diárias (LOPES et al., 2013; SOUZA; FREITAS, 2013).

Alguns participantes referem que as ações realizadas atualmente pela Vigilância em Saúde municipal estão mais relacionadas à prevenção de riscos, agravos e doenças do que à promoção da saúde. Esse aspecto reforça a necessidade de desenvolvimento de competências profissionais que permitam a mudança da cultura de “vigiar e punir” para a compreensão de que a Vigilância em Saúde é responsável pelo planejamento e implementação de medidas de saúde pública para prevenir, proteger e promover a saúde da população do território em que atua (BRASIL, 2018a; TAVARES et al., 2016).

Esse embaraço na clara definição por parte dos profissionais dos conceitos de promoção, proteção e prevenção está associado ao campo da educação permanente em saúde, recorrente na fala dos participantes como a falta de capacitação. É posto em prova a responsabilidade dos governos estadual e federal na oferta de ações contínuas de capacitação dos profissionais de Vigilância em Saúde, entretanto, essa responsabilidade cabe aos três níveis da Federação (BRASIL, 2018a; TAVARES et al., 2016). Os governos Estadual e Federal são responsáveis pelas ações de educação permanente dos profissionais de Vigilância em Saúde, porém essa atribuição não lhes é exclusiva. Os municípios deverão prever em seus instrumentos de gestão o planejamento e orçamento para a realização dessas e outras ações relacionadas à Vigilância em Saúde.

Muitos são os saberes envolvidos na atuação da Vigilância em Saúde e suas ações são repletas de minúcias. Considerando a máxima de que a Vigilância é “informação para a ação”, não há como pensar no planejamento de suas ações sem o pleno conhecimento de tudo que está relacionado ao tema (SENNA; ANDRADE, 2015; NETTO et al., 2017).

Mesmo com alguns relatos de que havia espaço para a construção coletiva dos instrumentos de gestão do município, a maior parte dos gestores e profissionais declaram não ter conhecimento ou não ter participado em nenhum momento da elaboração, por exemplo, do plano municipal de saúde. Outros participantes citam o processo de construção como verticalizado, imposto pelo nível central da gestão municipal, com pouca abertura para a proposição de outras demandas. Estudo realizado em três municípios paulistas reforça a necessidade da construção coletiva dos planos municipais de saúde e, para tanto, os gestores devem participar de ações de educação permanente para que reconheçam a importância desse instrumento de gestão e os aspectos que nele devem ser

contemplados (SALIBA et al., 2013). Um estudo realizado em quatro municípios gaúchos destaca que por vezes os planos municipais de saúde são elaborados “por obrigação” e, dessa forma, as informações produzidas pela Vigilância em Saúde não são utilizadas para guiar a política de saúde local (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

Dos três últimos planos municipais de saúde utilizados em consulta neste estudo, identificou-se no teor do documento pouco espaço para assuntos da Vigilância em Saúde. Entretanto, no plano de saúde ainda vigente, apesar do aspecto enxuto com que o documento é apresentado, é o primeiro documento que registra com destaque a Vigilância em Saúde, trazendo-a como um dos eixos principais da política de saúde municipal, contemplada por diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

A não participação da elaboração e o desconhecimento por parte dos profissionais sobre o produto final da pactuação municipal sinalizam possível interferência negativa para o cumprimento de metas. Estudos evidenciam que falhas na condução do planejamento da Vigilância em Saúde resultam baixa efetividade de suas ações e, por consequência, desfechos desfavoráveis para a saúde da população, distanciando-se do objetivo da integralidade da atenção. Logo, compete aos gestores fomentar a participação dos profissionais da Vigilância em Saúde na elaboração dos instrumentos de gestão do município (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015; BALISTA; SANTIAGO; CORRÊA FILHO, 2011).

Por outro lado, os profissionais são responsáveis por suprir os gestores com as informações necessárias para a tomada de decisão. A Análise da Situação de Saúde local torna-se ferramenta para que os esforços sejam direcionados aos pontos prioritários, otimizando recursos financeiros, materiais, humanos e, principalmente, alcançando o melhor resultado (VILELA; SANTOS; KEMP, 2017; RITTER; ROSA; FLORES, 2013).

A análise crítica dos indicadores da Vigilância em Saúde, embora necessária para o processo de planejar e gerir, tem sido limitada e restrita aos indicadores expressivos do componente da vigilância. Permeia a percepção de que esses indicadores são solicitados por instâncias superiores e pelo controle social, contudo não há uma rotina estabelecida de análise e discussão dos dados e informações respectivos. Com relação à análise de indicadores de saúde, estudos sustentam que a participação coletiva em todas as etapas do monitoramento favorece o envolvimento dos participantes e, por conseguinte, sua responsabilização na tomada de decisão (COSTA et al., 2013; VILELA; SANTOS; KEMP, 2017).

Os resultados desse estudo indicam a necessidade de amadurecimento de uma consciência local a respeito da Vigilância em Saúde, buscando aprofundamento e domínio dos seus conceitos e atribuições na operacionalização dessa estrutura tão importante na política pública de saúde brasileira (GUIMARÃES et al., 2017). Além disso, demonstram que ainda é preciso fortalecer os canais de participação dos profissionais na construção de agendas que venham ao encontro das reais necessidades de saúde da sua população (LACERDA et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo identificam a perspectiva de gestores e profissionais sobre a atuação da Vigilância em Saúde na gestão municipal e apontam como fragilidade a dependência desse nível de gestão dos níveis superiores, especialmente quanto às ações de educação permanente e à análise crítica de indicadores de saúde.

É preciso considerar que, no caso estudado, a maior parte dos servidores que atuam na Vigilância em Saúde está atuando há muitos anos e alguns destes já estão se aproximando da aposentadoria, o que demanda um processo de transição para evitar descontinuidade das atividades. A Diretoria de Vigilância em Saúde precisa planejar esses processos de transição para que quando as saídas efetivamente acontecerem, o serviço não seja prejudicado pela falta de um profissional capacitado para assumir as demandas e dar continuidade ao trabalho sem interrupções.

Cabe destacar que o conceito ampliado de Vigilância em Saúde no Brasil ainda é recente, sendo possivelmente posterior ao ingresso de muitos profissionais nesse campo de atuação. Assim, as ações de educação permanente emergem como indispensáveis para a melhor qualidade do trabalho desenvolvido pelas equipes de Vigilância em Saúde.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam não somente com reflexões para o contexto estudado, mas também com os demais municípios que se encontram na iminência de implementar a Política Nacional de Vigilância em Saúde, oportunizando a educação permanente aos seus profissionais e integrando-os ao processo de planejamento.

REFERÊNCIAS

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.759-768, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000400015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/15.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 583, de 9 de maio de 2018**. Publica o consolidado das propostas e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, designa para a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CIVS/CNS) a atribuição de formular a minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde e estabelece o prazo de 60 dias para a conclusão da referida minuta. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2018b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso583.pdf>. Acesso em 10 jun. 2018.

COSTA, J. M. B. S. *et al.* Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1201-1216, maio 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000500002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/02.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1407-1416, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1407.pdf>.

Acesso em: 21 out. 2018.

LACERDA, J. T. *et al.* Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.851-859, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000400008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a08.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

LOPES, M. S. V. *et al.* Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3327/2565>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 04, n. 01, p.100-109, 1 jun. 2015. University Nove de Julho. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v4i1.157>. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157/156>. Acesso em: 27 dez. 2018.

NETTO, G. F. *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, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3137.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.255-267, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2017.

QUEIROZ, A. C. L. *et al.* Água e saúde: (des)integração entre vigilâncias e as lições da práxis. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2,

p.587-603, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000200010>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/10.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.367-381, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017171916>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00367.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

RITTER, F.; ROSA, R. S.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p.2523-2534, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00132812>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a16.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

SALIBA, N. A. *et al.* Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, Jan./Feb. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/15054/11991>. Acesso em: 25 jan. 2019.

SENNA, M. H.; ANDRADE, S. R. Indicators and information in local health planning: the perspective of the family health strategy nurses. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p.950-958, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004340014>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-00950.pdf. Acesso em: 25 jan. 2019.

SILVA, J. F. M. S.; CARVALHO, B. G. Vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. **Espaço para a saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 184-195, jul. 2017. UEL. DOI 10.5433/15177130-2017v18n1p184. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318870043_Vigilancia_em_saude_no_ambito_municipal_revisao_integrativa. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOUZA, C. M. N.; FREITAS, C. M. O saneamento na ótica de profissionais de saneamento-saúde-ambiente: promoção da saúde ou prevenção de doenças? **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.46-53, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-41522008000100007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522008000100007. Acesso em: 27 dez. 2018.

TAVARES, M. F. L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1799-1808, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07622016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1799.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1811-1818, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1811.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

VILELA, M. F. G.; SANTOS, D. N.; KEMP, B. Caminhos possíveis para a avaliação das práticas da Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.3183-3192, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17752017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3183.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

6.4 MANUSCRITO 3: A articulação das ações de Vigilância em Saúde: a realidade de um município catarinense de grande porte.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar as situações em que ocorre articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde e entre esta e as demais áreas e/ou setores relacionados à gestão da saúde. Trata-se de um estudo de caso único com três unidades integradas de análise, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados de março a junho de 2018, por meio de entrevista focada, grupo focal e pesquisa documental. A análise dos dados se deu pela técnica analítica de construção da explanação, da qual emergiram três categorias: A articulação dos saberes, processos e práticas de vigilância em saúde, com três subcategorias: Articulação entre os componentes municipais da Vigilância em Saúde, Articulação da Vigilância em Saúde com outros níveis e setores e Situações em que a necessidade de articulação é percebida; Aspectos facilitadores e limitadores da articulação, com duas subcategorias: Espaços e oportunidades de articulação e Dificuldades apontadas que prejudicam a articulação; e Um breve olhar para o horizonte. Conclui-se que o compartilhamento do conhecimento e de experiências representa a base que preservará a constante articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde, por meio da integração das práticas e processos de trabalho de cada vigilância, tanto em situações cotidianas quanto em emergências de saúde pública. A articulação permanente é essencial para o planejamento e execução de ações de Vigilância em Saúde baseadas nas necessidades do território, contribuindo para a integralidade da atenção à saúde.

Descritores: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Vigilância em Saúde. Integralidade em Saúde. Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

A sistematização da coleta de dados relativos à saúde, seguida pela sua consolidação, análise e divulgação da informação por eles produzida, é utilizada como base para o planejamento e a execução das ações de saúde pública. Tais informações, requisitos para desenvolvimento de ações de proteção e promoção da saúde, para prevenir e controlar doenças e agravos, representam o propósito da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018).

A descentralização das ações de Vigilância em Saúde do âmbito federal para municipal implicou na reconfiguração da forma de pensar e fazer a vigilância de acordo com as necessidades específicas do território. Entretanto, o processo de descentralização encontrou diversos cenários nos municípios brasileiros, que resultaram em diferentes graus de capacidade de execução plena das ações de Vigilância em Saúde, especialmente nos municípios de pequeno porte (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

A Vigilância em Saúde na esfera municipal deve compreender ações das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador. Contudo, a Vigilância em Saúde não se resume apenas ao somatório destas áreas que, historicamente foram concebidas separadamente, mas sim à real integração do conhecimento e compartilhamento de experiências. Despertar para essa integração em nível municipal tem sido o desafio para o total desempenho do propósito da Vigilância em Saúde no território em que está inserida (GUIMARÃES et al., 2017).

Para que ocorra a articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) destaca a necessidade de buscar embasamento na Análise de Situação de Saúde local e nas prioridades identificadas. Tanto a análise quanto as prioridades deverão ser monitoradas de maneira integrada, promovendo o planejamento coletivo, a construção conjunta de protocolos, as metodologias de trabalho e os indicadores que irão demonstrar os resultados obtidos (BRASIL, 2018).

A compatibilidade nos registros produzidos por componente e o estímulo para a prática de investigação conjunta de surtos, eventos inusitados e outras situações que possam causar impacto na saúde da população são condições iniciais exigidas para o desenvolvimento de um processo articulante. Um passo importante para alcançar esses pressupostos é a revisão dos instrumentos de gestão de saúde, especialmente os municipais, no sentido de incluir especificações sobre a Vigilância em Saúde (NETTO et al., 2017).

Nesse sentido, a Vigilância em Saúde local estruturada e composta por equipe multidisciplinar torna-se capaz de analisar a situação de saúde do território em que atua e propor medidas adequadas à realidade local com vistas à integralidade da atenção à saúde. Entretanto, o conhecimento aplicado separadamente resulta em menor capacidade de resposta por considerar de maneira fragmentada os aspectos que afetam a saúde da população (GUIMARÃES et al., 2017).

Diante do exposto e admitindo-se que a articulação entre os distintos componentes configura-se como requisito para o planejamento e execução das ações de Vigilância em Saúde na gestão municipal e depende do compartilhamento de conhecimentos e experiências, questiona-se: Como se articulam os componentes da Vigilância em Saúde em um município catarinense de grande porte? Este estudo tem por objetivo analisar as situações em que ocorre articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde e entre esta e as demais áreas e/ou setores relacionados à gestão da saúde.

MÉTOD

Estudo explanatório e descritivo, de abordagem qualitativa, com estratégia metodológica de estudo de caso único com três unidades integradas de análise (UIA). O método Estudo de Caso é especialmente indicado quando se busca compreender um fenômeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto real. As subunidades representam uma parte do “caso” que permite a análise ampliada da unidade principal, oportunizando ao pesquisador insights a respeito do caso (YIN, 2015).

Este estudo foi realizado no contexto do município de Blumenau – SC, sendo o caso a Vigilância em Saúde do município e as três subunidades de análise foram as gerências de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária e Ambiental e de Saúde do Trabalhador (CEREST), constituídas por gestores e profissionais que atuam nesses componentes. O município de Blumenau foi selecionado como contexto para esse estudo devido ao seu posicionamento no ranking populacional do IBGE como terceiro município mais populoso de Santa Catarina.

A coleta de dados ocorreu em três momentos, seguindo os seguintes critérios de inclusão: Momento 1, por entrevista focada, constituído por profissionais que estavam atuando em cargos de gestão durante a coleta dos dados, totalizando cinco participantes; Momento 2, por Grupo Focal, formado por profissionais de saúde concursados e estáveis (aprovados no estágio probatório), que exercem suas atividades em um dos componentes da Vigilância em Saúde local, totalizando nove participantes; Momento 3, por consulta a documentos oficiais, apresentados no quadro 5.

Quadro 5 - Documentos do caso, Blumenau, 2018.

DOC 1	Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 583, de 9 de maio de 2018
DOC 2	Política Nacional de Vigilância em Saúde (Documento-base, 2014; Resolução 588, 2018)
DOC 3	Apresentação do profissional do Ministério da Saúde no I Seminário de Vigilância em Saúde
DOC 4	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2010
DOC 5	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2011
DOC 6	Programação Anual de Saúde de Blumenau, 2013
DOC 7	Plano Municipal de Saúde 2009-2013
DOC 8	Plano Municipal de Saúde 2014-2017
DOC 9	Plano Municipal de Saúde 2018-2021
DOC 10	Relatório Anual de Gestão de Blumenau, 2010
DOC 11	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 284, de 17 de fevereiro de 2016
DOC 12	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 288, de 18 de maio de 2016
DOC 13	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 302, de 21 de junho de 2017
DOC 14	Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde nº 303, de 19 de junho de 2017
DOC 15	Lei Complementar nº 648, de 29 de agosto de 2007
DOC 16	Lei Complementar nº 1094, de 17 de fevereiro de 2017
DOC 17	Lei Complementar nº 1186, de 18 de abril de 2018

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018

Os dados foram coletados no período de março a junho de 2018. Foram utilizadas três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: entrevista focada, grupo focal e pesquisa documental. As entrevistas e os encontros do grupo focal foram previamente agendados e registrados com auxílio de um gravador, após o aceite dos participantes. Os profissionais do Grupo Focal participaram de dois encontros.

No primeiro foram apresentados o Termo de Consentimento, os objetivos da pesquisa e a metodologia de trabalho do grupo. O objetivo do primeiro encontro foi identificar a percepção dos participantes sobre o que é Vigilância em Saúde e como ela está organizada no município. Para tanto, foram utilizados materiais de estímulo e perguntas disparadoras. Após o primeiro encontro do Grupo Focal aconteceu o I Seminário de Vigilância em Saúde de Blumenau, com objetivo de demonstrar a constituição da Vigilância em Saúde no município, seu percurso histórico

e situação atual e discorrer sobre os conceitos de Vigilância em Saúde e a necessidade de articulação entre os seus componentes. Esse seminário contou com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária de Santa Catarina. Posteriormente ao seminário, ocorreu o segundo encontro dos participantes do Grupo Focal, que teve por objetivo ressaltar o conceito de Vigilância em Saúde estabelecido pelo Ministério da Saúde, além de mostrar aos participantes o processo de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde, fomentando a discussão sobre o potencial de articulação dos componentes da Vigilância em Saúde no município. Para promover a participação isonômica de todos, foram utilizados materiais de estímulo e perguntas disparadoras.

As entrevistas e os registros dos encontros do grupo focal foram transcritos e os documentos foram ordenados a fim de viabilizar a organização. Posteriormente, os dados foram inseridos no software MaxQDA®plus, por meio do qual ocorreu o tratamento e categorização dos dados coletados, gerando 785 códigos utilizados nesse manuscrito. A análise dos dados se deu pelas estratégias analíticas baseadas na proposição teórica e no desenvolvimento da descrição do caso. Essas estratégias permitiram o desenvolvimento da técnica analítica da construção da explanação, cujo objetivo é explicar o fenômeno, identificando elos causais a respeito deste (YIN, 2015).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o parecer número 2.513.739, CAAE 83069918.7.0000.0121, seguindo as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para garantir o anonimato dos participantes, estes estão representados pelas iniciais G1, G2, G3, G4, G5, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9.

RESULTADOS

O presente estudo de caso único é composto por três subunidades de análise: Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária e Ambiental; e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Participaram da pesquisa 14 sujeitos, entre profissionais que atuam diretamente na Vigilância em Saúde e gestores relacionados à vigilância e à gestão municipal da saúde.

Com base nos dados coletados por meio das entrevistas focadas, dos encontros do grupo focal e dos documentos obtidos emergiram três

categorias analíticas: “A articulação dos saberes, processos e práticas de vigilância em saúde”, com três subcategorias: “Articulação entre os componentes municipais da Vigilância em Saúde”, “Articulação da Vigilância em Saúde com outros níveis e setores” e “Situações em que a necessidade de articulação é percebida”; “Facilitadores e limitadores da articulação”, com duas subcategorias: “Espaços e oportunidades de articulação” e “Dificuldades apontadas que prejudicam a articulação”; e “Um breve olhar para o horizonte”.

A ARTICULAÇÃO DOS SABERES, PROCESSOS E PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Esta categoria apresenta os dados documentais e os relatos dos entrevistados e dos participantes do Grupo Focal sobre as ações de Vigilância em Saúde realizadas de maneira articulada entre os componentes e com outros setores. Está dividida em três subcategorias: “Articulação entre os componentes municipais da Vigilância em Saúde”; “Articulação da Vigilância em Saúde com outros níveis e setores” e “Situações em que a necessidade de articulação é percebida”.

Articulação entre os componentes municipais da Vigilância em Saúde

A articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde é amplamente defendida nos documentos analisados neste estudo, especialmente naqueles produzidos em âmbito federal, sendo que vários deles serviram como base para a elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Todos os participantes consideram que deve haver articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde no município. Relatam que há um certo nível de articulação, porém ela ainda ocorre de maneira incipiente.

Eu acho essencial. Eu acho que deveria por exemplo hoje, ter uma interligação tipo assim de quase 100%. (G1)

Eu acho que é uma reivindicação de todos que trabalham na vigilância a ter essa integração para que a gente possa chegar a ter esse resultado melhor, essa troca de informação, a gestão trabalha melhor, se tem uma

transparência melhor entre todos. Esse é o ponto que eu acho, que eu vejo e entendo. (G3)

Um único ponto que diverge da lógica da articulação está presente no discurso de um gestor, que contradiz os documentos e o entendimento dos demais quando expressa sua visão de que a articulação permanente não é essencial, devendo ocorrer apenas em situações específicas, declarando a “autossuficiência” do seu componente em relação aos demais.

Foram claramente citadas como ações que já são realizadas com certo grau de articulação a investigação dos surtos em geral, surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, casos suspeitos de Dengue e, em algumas situações, os casos suspeitos de Influenza.

Nós temos os surtos que em conjunto com a vigilância [...], nós temos que fazer os atendimentos também, principalmente nessa época de verão que antecede agora outono, que fica meio confuso, verão e outono. Nós temos muitos surtos que o pessoal tem que fazer os atendimentos. (G4)

Nós só temos uma relação de amizade com a vigilância [...] quando dá um surto. Aí é acionado, né, aí a coisa acontece, senão, não, a gente não sabe, né, não há aquela troca de informações. (P3)

Então assim, quando a gente fiscaliza as escolas, a gente já ensina eles qual é o caminho quando há uma contaminação, então a gente solicita que converse primeiro com a vigilância [...] que vai passar pra nós, ou se nós recebemos antes, a gente comunica a vigilância [...], que a gente prefere ter essa comunicação entre as vigilâncias. (P7)

É, uma coisa que eu vejo que funciona bem é a com a dengue. Nós temos um caso suspeito e eles têm um trabalho especial quando tem um caso suspeito. (P1)

Por exemplo, a gente teve essa semana, casos de crianças numa creche que tiveram diagnóstico, foram notificados com suspeitas de H1N1, e a gente fez uma ação junto com a vigilância [...]. (G2)

Entretanto, os documentos analisados nesse estudo dão conta de que todo o planejamento e a execução das ações de Vigilância em Saúde devem ocorrer rotineiramente de maneira articulada, não apenas em situações especiais que demandam tempo menor de resposta para controle da situação (DOC. 1; DOC. 2). No âmbito municipal, alguns documentos indicam uma série de metas a serem cumpridas, identificando inclusive as parcerias necessárias para tal (DOC. 4; DOC. 5; DOC. 6).

Articulação da Vigilância em Saúde com outros níveis e setores

A compreensão da Vigilância em Saúde como integrante das Redes de Atenção à Saúde implica no fortalecimento das relações internas e externas à Vigilância em Saúde, sendo que a Atenção Primária à Saúde ganha destaque nessas relações.

Eu acredito que a gente dependa muito da atenção básica, muito pra construir esses indicadores, porque a gente orienta, a gente faz as ações, mas o usuário ele chega lá na ponta, não chega na gente, depois na investigação é o momento que a gente vai ter contato com eles, então eu acredito que se não houver uma maior articulação, ou maior aproximação com a atenção básica, o nosso serviço fica muito comprometido. (G2)

[...]porque nem sempre a área pública as coisa funcionam da forma que a gente gostaria que fosse, com brevidade, com celeridade, então muitas das vezes a gente tem que ficar insistindo, insistindo, insistindo e muitas das vezes não depende só da nossa diretoria, não depende tão somente da nossa secretaria, a gente depende das demais secretarias. (G3)

Da mesma forma, os participantes do Grupo Focal identificam a necessidade de articulação com a Atenção Primária à Saúde

É a atenção básica, né. Eu lembrei da atenção básica ... daquilo que aquele profissional lá do Governo Federal falou, o que que mais mata em Blumenau e Região, lembra? Doenças cardiovasculares, mudanças de hábito. É atenção básica que tem que promover isso. Tem que mudar os hábitos. (P2)

É, mas o que que nós estamos dizendo pra Atenção Básica? Nós não estamos trabalhando nessas anotações. Não estamos. Eu “tô” falando do sarampo? Não tá! Não “tô” falando que tão morrendo e precisaria a Atenção Básica definir. Nós teríamos que direcionar o que tinha que ser feito. (P1)

Todavia, os participantes da pesquisa também identificam a articulação com outros setores que, direta ou indiretamente, podem contribuir para a promoção, proteção e recuperação da saúde. É apontada pelos participantes a inserção da vigilância na construção do Plano Diretor do município, voltado especialmente para a questão das ocupações irregulares, tendo em vista o potencial para desastres naturais no município. Para tanto, a articulação da vigilância com a Defesa Civil é importante para ampliar o potencial das ações de ambos. Outros setores também foram citados para a articulação intersetorial da Vigilância em saúde, como por exemplo, os órgãos responsáveis pela sanidade animal, a Secretaria Municipal de Educação (SEMED), Secretaria de Agricultura.

Eu lembro quando surgiu o caso de raiva nos herbívoros, pipocou, a CIDASC [Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina] entrou em contato conosco, teve uma reunião de emergência lá na agricultura, veio pessoal da sanitária, nós da epidemio, pessoal da CIDASC e agricultura, “o que nós vamos fazer não sei o que, não sei

o que”, daí eu propus assim: “por que vocês não vacinam o rebanho?” (P2)

[...] Eu fui numa creche clandestina e nós fomos cadastrar as crianças, a SEMED [Secretaria Municipal de Educação] foi junto com a gente, porque a SEMED ia tirar as crianças, os bebês, que tá na lei até os 5 anos todas as crianças tem que estar em escola, tá, e o estado tem que dar isso e obrigar. Então eles não têm creche, o que que os pais fazem? Colocam numa vizinha, aí a vizinha achou interessante, porque “eu perdi o meu emprego, então eu vou cuidar de crianças”, ela cuida das crianças, como ela cuidava dos filhos dela... (P7)

E no seminário foi levantado cinco problemas da vigilância epidemiológica que era pra ... atentar. E o controle do Aedes era um deles, então assim, é um problema do município, não é delas [profissionais presentes que atuam na Coordenação de Combate ao Aedes], não é daquele setor, é da vigilância epidemiológica, é da Vigilância em Saúde, é do secretário, da população, então é uma coisa que talvez tão simples, poderia ser resolvido e...(P1). E não acontece! (P2)

A articulação com instâncias superiores é compreendida pelos participantes como primordial, uma vez que grande parte das normativas que norteiam a Vigilância em Saúde advém no nível federal. As instâncias superiores são identificadas como fonte de conhecimento e suporte para a tomada de decisão. Contudo, os participantes relatam sentir que há necessidade de maior apoio por parte do governo estadual e federal, sobretudo nas ações de capacitação ofertadas para os profissionais da Vigilância em Saúde.

As capacitações geralmente dependem da regional e do estado, então quando o estado se organiza, ele chama o pessoal, mas assim,

a nível de município, é mais difícil acontecer a capacitação. (G2)

Esse é aquele ponto que te digo, hoje a gente está tendo uma grande dificuldade para os servidores da vigilância terem a capacitação, né? Nós temos poucas capacitações que são ofertados pelo Estado, pelo Ministério, então, dentro da vigilância, nós temos pouca rotatividade do servidor, mas eu entendo que o estado ou o ministério deveria ofertar mais capacitações. (G3)

Situações em que a necessidade de articulação é percebida

As entrevistas realizadas com os gestores demonstram que ainda resiste neles a concepção de que apenas em algumas situações especiais há a necessidade de articulação. Todavia, parece existir um lento despertar para a construção de bases sólidas para enfim efetivar a articulação entre os componentes em todas as etapas do “fazer vigilância”.

Se tem uma entrevista de momento, a secretária liga às 6 da manhã, eu tenho que saber o que está acontecendo em todos os setores. Eu não posso dizer pra ela: eu não sei, vou ligar pra senhora daqui a 10 minutos... “não, mas eu estou com o pessoal da rádio aqui, eu preciso da informação”. (G4)

Por exemplo, hoje eu, o fiscal da vigilância sanitária, ele vai fazer uma ação de fiscalização lá na empresa “x”, chega lá e executa a fiscalização e já dá uma olhadinha. “Opa, temos questões trabalhistas, já faz... já chama o CEREST e o CEREST já vai junto, entendeu?(G1)

Por sua vez, os profissionais que participaram dos encontros do Grupo Focal demonstram a compreensão de que as questões relacionadas à Vigilância em Saúde são de interesse individual e coletivo de todos eles.

Como exemplo, os participantes citaram as doenças imunopreveníveis, para destacar os elos de articulação. No caso da Febre Amarela, a cobertura vacinal interessa à Vigilância Epidemiológica pois, se estiver baixa poderão ocorrer casos da doença, que deverão ser investigados e resultar em medidas de contenção. Interessa aos veterinários que trabalham na vigilância, especialmente na identificação de epizootias, e à Coordenação de Combate ao *Aedes*, que analisa as armadilhas dispostas no município, sendo capaz de identificar se o vetor está presente nelas.

Interessa também à Vigilância Sanitária e Ambiental, pois se essa mesma doença tiver como pano de fundo um estabelecimento ou um serviço de atenção à saúde, ela terá que intervir para impedir que o fato se repita ou que saia do controle, não esquecendo também das sanções aplicáveis ao descumprimento das normas e, ademais, das condições ambientais envolvidas na situação. Não esquecendo da Vigilância em Saúde do Trabalhador, esse componente também deve estar envolvido, pois a infecção pode decorrer de uma questão laboral ou resultar no afastamento de trabalhadores ativos.

A questão vacinal é recorrente nas falas dos profissionais, identificando a necessidade de articulação também em demandas que envolvem trabalhadores de salões de beleza, manipuladores de alimentos, trabalhadores da área da saúde, crianças matriculadas nas escolas, entre outros.

Dentro da vigilância epidemiológica tem o laboratório, tem o CEDAP [Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Prevenção], tem a dengue e tem [os profissionais], primeiro nós temos que conversar lá. E a gente tá, é, definindo, tá pedindo pra que isso aconteça, porque o problema dela lá é o mesmo que nós temos e a gente poderia ter ideias pra resolver. E o que a gente tá percebendo é que todos os indicadores estão piorando. Acho que nós temos mais, nesse momento, mais chance de a gente se articular lá dentro pra tentar puxarmos a [vigilância], pela pequena

amostra assim, né, mas por exemplo, o CEDAP tá longe, o laboratório tá longe, que é dentro do nosso setor... (P1)

Os documentos federais analisados explicitam que deve haver essa aproximação entre as vigilâncias para que se possa usufruir do conhecimento construído por todas (DOC. 1; DOC. 2; DOC. 3), entretanto, os documentos produzidos pelo município não expressam claramente como deve ocorrer essa articulação (DOC. 4; DOC. 5; DOC. 6; DOC. 9).

ASPECTOS FACILITADORES E LIMITADORES DA ARTICULAÇÃO

Esta categoria identifica aspectos facilitadores e restritivos para a articulação das ações, bem como proposições para o futuro da Vigilância em Saúde no município. Está dividida em duas subcategorias: “Espaços e oportunidades de articulação” e “Dificuldades apontadas que prejudicam a articulação”.

Espaços e oportunidades de articulação

Os gestores entrevistados relatam que são realizadas algumas reuniões para abordar temas de interesse da Vigilância em Saúde, porém não há uma periodicidade claramente definida e nem pautas pré-estabelecidas. As reuniões ocorrem geralmente quando há necessidade de analisar questões urgentes e que precisam de uma resposta rápida.

Esse padrão se repete tanto em questões que dizem respeito à diretoria e todas as gerências, como naquelas que dizem respeito às gerências de maneira individual. Os assuntos são tratados conforme a demanda e geralmente referem-se à uma situação específica, não sendo oportunizadas como espaços para planejamento de ações.

Nós temos uma reunião basicamente mensal, com diretor, onde ele convoca todos os gerentes e existe uma troca de ... não existe uma pauta assim bem definida, mas existe uma troca de ideias assim digamos, geralmente é mais pontuado alguma coisa que

está acontecendo no momento, não é um planejamento né. (G2)

Durante a coleta de dados ocorreu no município o I Seminário de Vigilância em Saúde, que contou com a participação de grande parte dos profissionais que nela atuam, para troca de experiências com representantes do Ministério da Saúde e das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica do estado de Santa Catarina. Esse evento pode ter provocado nos profissionais uma oportunidade para reflexão a respeito das ações de vigilância realizadas no município, percebida na fala de alguns participantes do Grupo Focal.

Acho que ali também assim ó, alguns conceitos que a gente é..., deu pra entender melhor que o outro faz, né, que a [vigilância] faz, o que... e o que que poderia de repente tá trabalhando junto pra nós. (P1)

É, o que a gente observa lá, é o muito que se prega e colocar na prática. (P9) [...] Muita teoria e pouca prática. (P7) [...] Exatamente. Muitos números, números, mas nada ... (P9)

Os participantes relataram que não são realizados encontros para aproximação dos profissionais, estes sugeriram que fossem realizadas reuniões ou encontros, primeiramente dentro de cada gerência, para que todos tenham pleno conhecimento das ações que são realizadas individualmente. E, num segundo momento, que essas reuniões fossem expandidas para todas as gerências da Diretoria de Vigilância em Saúde, possibilitando a compreensão do escopo das atividades de cada um, para que assim possam dar início ao processo de planejamento em conjunto, alinhamento de metas e objetivos e maior aproveitamento do potencial de cada componente. Apesar de um certo tom de desapontamento nas falas dos participantes, os profissionais enfatizaram o desejo de desempenhar o melhor trabalho possível em prol da saúde da população.

Desistir jamais, né. Tem que fazer o quê? Lutar. (P5)

Mas nós vamos provocar lá, lá nós já “tamo” provocando [...]a gente já conversou que é

necessário, uma vez por semana, uma vez por mês, de 15 em 15 dias. (P1)

Ô [P1], não esquece de puxar a gente. (P7)

Os profissionais concordam que o trabalho realizado pela Coordenação de Prevenção e Combate ao Aedes é rico, porém pouco aproveitado. Devido ao perfil das ações que são realizadas, os Agentes de Combate à Endemias são elo forte de ligação entre a Vigilância em Saúde e a comunidade. E essa inserção na comunidade possibilita o acesso à inúmeras informações que poderiam ser melhor aproveitadas por todos os componentes da Vigilância em Saúde.

Que nem no nosso setor, nós fizemos reconhecimento geográfico de Blumenau! Vamos supor, a gente saberia até o local onde tem problema de esgoto, todos os problemas a gente sabe, mas o nosso setor nunca é chamado, sabe? (P4) Não é aproveitado. (P5)

A gente busca aprender também sobre uma determinada doença, como o caramujo africano, escorpião amarelo, pra gente também poder saber como orientar nos imóveis, nas residências... (P3)

Atas de reuniões do Conselho Municipal documentam a necessidade da realização de espaços para o debate de assuntos de interesse da Vigilância em Saúde, como oficinas para a discussão das propostas para o CEREST e a criação de um grupo de trabalho para os preparativos da I Conferência de Vigilância em Saúde (DOC. 11; DOC. 12; DOC. 13; DOC. 14). Além destes, documentos analisados envolvidos no processo de elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde sinalizam a importância do estabelecimento de canais de comunicação e de espaços para a construção coletiva do conhecimento (DOC. 1; DOC. 2).

Dificuldades apontadas que prejudicam a articulação

A comunicação é um dos pontos-chave para alcançar a plena articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde, sendo

percebida pelos gestores entrevistados como uma fragilidade a ser solucionada. As entrevistas e os encontros do Grupo Focal reiteram as falhas de comunicação como percalço para a articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde.

Então dentro do próprio setor, não há interação... (P8) [...] Imagina vigilância com vigilância (P7) [...] Imagina fora! (P2)

[...] às vezes não acontece. É a tal da caixinha, né? Eu faço isso, eu faço aquilo, aquele faz esse, e não tem uma comunicação. Ninguém vai lá conversar com a... com a dengue pra saber o que tá acontecendo. (P9) [...] Exato. Quem vê é a caixinha, é cada um no seu quadrado. E ninguém quer saber do quadrado do outro. (P9)

As crescentes demandas de trabalho, somadas à falta de recursos humanos e até mesmo materiais também configuram como obstáculos para a articulação.

Acho que [...] existe pouco, poderia ser maior assim, sabe? [...] a gente tem esses encontros, e porque a gente tem um diretor que articula muito [...] Porque ele tá sempre levando e trazendo as informações e fazendo às vezes essa troca entre a gente acontecer. Mas [...] talvez por causa do excesso de trabalho, a falta de funcionários, porque o quadro está sempre defasado que a gente acaba não tendo tempo pra estar se articulando mais (G1).

Da mesma forma, os participantes do grupo Focal identificam a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos humanos e materiais como entraves para a articulação. Somados a isso, os participantes expressam um sentimento de falta de espaço para manifestação de suas opiniões, imprimindo em suas falas um tom de desapontamento, falta de perspectiva de resolução e, por conseguinte, desmotivação.

Aí volta aquele problema de como a gente consegue ter espaço pra poder... É, tem que ... você se torna soldado agora. É o que eu me sinto, me tornei um soldado, eu recebo ordem e tenho que fazer. Só! Se abriu a boca... (P9)

Às vezes a gente não ter, não poder ter autonomia... (P3)

É, às vezes a gente não consegue abrir a caixinha, porque o ambiente... não é autorizado a abrir. (P7)

Esse é um ponto na ferida, sabe? Todo mundo gosta de saber que ele é útil. Aí quando a coisa é tratada como tu fosse um soldado, tu não é ..., tu não te sente mais útil. Esse é o problema, esse é o problema. Comunicação é isso e isso aí. (P8)

Dos documentos analisados, apenas aqueles produzidos em âmbito federal destacam a questão da comunicação e a apontam como vital para o sucesso das ações de Vigilância em Saúde (DOC. 1; DOC. 2; DOC. 3). O engajamento da equipe e o sentimento de pertencimento à causa são quesitos que irão diferenciar o resultado obtido ao final.

UM BREVE OLHAR PARA O HORIZONTE

Essa categoria aponta algumas perspectivas para o futuro da Vigilância em Saúde. Na visão dos gestores, a Vigilância em Saúde precisa divulgar mais as informações que produz, para que desse modo possa estar mais próxima da comunidade inserida no seu território de atuação. Um dos objetivos para o futuro próximo é a disponibilização de uma plataforma online para a divulgação de assuntos relativos à vigilância.

Outro ponto é o uso de tecnologias a favor das ações de Vigilância em Saúde. Aprimorar as ferramentas de trabalho dos profissionais é uma necessidade percebida pelos gestores.

Questão de drones para tentar auxiliar na dengue, que é um trabalhado que muitas das

vezes tu não consegues adentrar um imóvel, tu tens essa dificuldade, mas com os drones você tem essa facilidade, às vezes locais altos... (G3)

Para facilitar a execução do fiscal, chegar na obra, ele já tem um “págerzinho”, já faz um laudo, já emite e tal... Então, tudo isso foi discutido, é plano para 2021... (G1)

Além do uso de tecnologias, alguns gestores já manifestam a compreensão da necessidade de envolver todos os atores da Vigilância em Saúde na construção de instrumentos de gestão que realmente atendam às necessidades de saúde do município e que possam ser realizadas em conjunto por todos os componentes.

Tem que existir ... Essa execução, esse planejamento, não é uma coisa que acontece de um dia para outro. Isso é uma coisa que demora e demanda tempo, demanda planejamento, demanda conversa, demanda reunião, demanda muita coisa, então, eu acho que é uma coisa que até 2021 vai acontecer. (G1)

Os participantes do Grupo Focal identificam o I Seminário de Vigilância em Saúde realizado no município como o princípio de um movimento em direção à articulação dos componentes da Vigilância em Saúde. Entendem da mesma forma que as ações precisam envolver mais a conscientização da população, sobretudo das crianças.

Trabalhar com as crianças pra gente daqui a 15 anos ter só 50% de aproveitamento, porque nem todos vão fazer o certo, entendeu? Então a gente bate muito nesse problema. (P3)

Outra fala recorrente nos encontros do Grupo Focal é a iniciativa resgatar ações que já foram realizadas, como ações de orientação em casas noturnas e de profissionais do sexo, orientações em empresas e escolas, sendo essa última percebida como a de maior potencial de sucesso.

Por isso que se a gente trabalhar com as crianças, tem pessoas adultas, jovens, que a gente não vai conseguir, porque lá foi uma área que foi muito orientada, foi entregue panfleto, foi falado, foi fiscalização e mesmo assim tu vai lá continua o problema. (P4)

Dos documentos analisados, o atual Plano Municipal de Saúde apresenta maior potencial de mudança cultural para a Vigilância em Saúde de Blumenau, sobretudo porque aponta uma organização inédita desse instrumento de gestão, focado em três eixos, sendo que um deles é o da Vigilância em Saúde (DOC.9). Contudo, o processo de elaboração desse documento parece não ter envolvido todos os profissionais da Vigilância em Saúde participantes. Parte dos profissionais que participaram desse estudo relataram ter sido envolvidos na elaboração do plano municipal de saúde, entretanto, alguns deles declaram que o documento foi encaminhado pronto para que fizessem sugestões e outros participantes referem não ter conhecimento do conteúdo desse documento.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo permitiram evidenciar a situação atual do processo de articulação das ações de Vigilância em Saúde no município, bem como algumas perspectivas para o seu futuro enquanto integrante da política de saúde local.

A articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde acontece de maneira pontual e incipiente, pois ocorre apenas em situações específicas do cotidiano e das emergências de saúde pública. Estudos realizados no Brasil identificam a habitual articulação momentânea entre os componentes, tanto para o cumprimento de indicadores pactuados como para o controle de surtos de doenças (DONATELI et al., 2017; QUEIROZ et al., 2012). Destacam ainda a falta de profissionais capacitados, além da falta de recursos físicos e materiais, pouco planejamento, interferências políticas, pouca abertura para a participação dos profissionais na construção do planejamento, falhas de comunicação e a falta de autonomia como as principais dificuldades para a articulação entre os componentes (DONATELI et al., 2017; QUEIROZ et al., 2012; MEDEIROS; MACHADO; PESSOA JUNIOR, 2017).

Em contrapartida, esses estudos identificam como aspectos que facilitam a articulação a realização de espaços para a discussão de temas

de interesse, como seminários e reuniões, além da abertura para a participação dos profissionais na identificação das prioridades do seu território, sinalizando que a construção de canais de comunicação permanentes podem facilitar a integração entre os componentes da Vigilância em Saúde (DONATELI et al., 2017; QUEIROZ et al., 2012; MEDEIROS; MACHADO; PESSOA JUNIOR, 2017).

A composição quanti e qualitativa de equipes para desempenhar as ações de Vigilância em Saúde é primordial. Profissionais que conhecem suas responsabilidades e compreendem o compromisso da Vigilância em Saúde para com a saúde da população e, além disso, têm conhecimento da regulamentação das três esferas de gestão, tornam-se mais capacitados a desempenhar e a refletir sobre as ações que realizam (JIAO et al., 2015).

No cenário internacional, apesar das diversas formas de organização das ações de Vigilância em Saúde adotadas em cada país, um estudo realizado na Colômbia a respeito dos casos de Chikungunya apontou como questões que dificultam a articulação o atraso nos resultados laboratoriais, a falta de diretrizes para manejo dos casos, que resulta na notificação e investigação inadequadas, produzindo dados incompletos e, por conseguinte, dificulta a análise das informações e resulta em comunicação ineficiente e baixa resolutividade das ações (ALARCON-CRUZ; PRIETO-SUÁREZ, 2016).

O mesmo estudo identifica a necessidade da clara definição de fluxos e normativas para manejo das situações, salientando a participação da comunidade nesse processo, além do fortalecimento da comunicação e da concepção de um espaço para discussão e análise oportuna de informações, uma sala de situação, que conte com a participação de representantes do laboratório, serviço de entomologia e vigilância de comunicação de risco (ALARCON-CRUZ; PRIETO-SUÁREZ, 2016).

Cabe destacar que há uma crescente amadurecimento das pesquisas a respeito da necessidade do aprofundamento da articulação para além das situações pontuais (QUEIROZ et al., 2012; MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010). Tais estudos identificam como desafio o despertar dos gestores e dos profissionais que atuam na Vigilância em Saúde para o estreitamento e a manutenção de seus laços profissionais (QUEIROZ et al., 2012).

Considerando que a comunicação entre as pessoas é um processo por vezes conflituoso, há que se buscar formas de superar o individualismo e conscientizar gestores e profissionais para que se direcionem ao profissionalismo, desempenhando assim suas ações com foco no melhor desfecho possível para a saúde da população do seu território (QUEIROZ et al., 2012; MEDEIROS; MACHADO; PESSOA

JUNIOR, 2017; MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010; TEIXEIRA et al., 2012).

Além do fortalecimento da articulação intrasetorial, é preciso reconhecer o potencial de outros setores na melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde. De início, a Atenção Primária à Saúde, como cenário produtor do cuidado, deve estar alinhada aos conceitos e objetivos da Vigilância em Saúde. Estudo realizado em Honduras destaca a integração entre os serviços de vigilância e a Atenção Primária à Saúde no controle vetorial da Doença de Chagas, resultando na diminuição do número de casos dessa doença nos locais avaliados (HASHIMOTO et al., 2015).

Outros aspectos a serem considerados são o papel dos Laboratórios de Saúde Pública como eixo transversal essencial para o desempenho das ações de Vigilância em Saúde. As informações produzidas pelos laboratórios devem ser confiáveis e representar embasamento sólido para as ações. Logo, a falta de definição de fluxos de amostras e a demora na liberação de resultados são fatores que comprometem o tempo de resposta e a qualidade das ações de vigilância (ENANORIA et al., 2014; LÓPEZ et al., 2009).

Diversos setores também são capazes de contribuir sobremaneira para o processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Instituições de ensino e pesquisa, forças militares, Cruz Vermelha, Defesa Civil, entre outras, concentram vasto conhecimento praticamente inexplorado pela Vigilância em Saúde. A criação de vínculos intersetoriais poderá resultar em campo fértil para todos os envolvidos, sendo o reconhecimento desse potencial fundamental para a criação dessas parcerias (ALARCON-CRUZ; PRIETO-SUÁREZ, 2016; PASCAL et al., 2012).

A atuação da Vigilância em Saúde é baseada na gama de informações produzidas por diversas fontes e atores, portanto, a padronização da coleta desses dados, bem como a integração dos sistemas de informação também figuram como requisitos para o bom desempenho das ações (BALISTA; SANTIAGO; CORRÊA FILHO, 2011).

Estudo realizado nos Estados Unidos evidenciou que a falta de articulação no cotidiano das ações de Vigilância em Saúde prejudicou as respostas em situações de emergências de saúde pública, gerando ambientes altamente estressantes, cercados por pressões políticas e altas expectativas. Além disso, destacou-se que a capacidade técnica da Vigilância em Saúde e o tipo do evento influenciam na quantidade e no perfil de parceiros envolvidos, sendo que as equipes de vigilância com menor capacidade técnica dependeram mais de parcerias externas (HUNTER et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso único com UIAs evidenciou que há articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde no município, entretanto ela ainda se dá de maneira pontual e superficial. As ações que são realizadas de maneira articulada nem sempre ocorrem simultaneamente, sendo que primeiro um componente faz a sua parte e em seguida os demais fazem a sua, não havendo um momento coletivo de interação no desempenho das ações.

Os resultados desse estudo fornecem evidências relevantes sobre a premência da articulação constante das ações de Vigilância em Saúde entre os seus componentes para que, a partir desta, melhores desfechos possam ser alcançados. Essa questão vem sendo debatida intensamente nos últimos anos, porém ainda está por ser sistematizada a maneira como os gestores e os profissionais deverão agir para atingir esse objetivo.

É pertinente considerar que não há como estabelecer um padrão para que essa interação aconteça, contudo, pelos documentos produzidos no nível federal, percebe-se que já ocorre um certo avanço desse âmbito em direção à superação da fragmentação entre os componentes da Vigilância em Saúde, sendo que as experiências exitosas poderiam ser compartilhadas abertamente com os estados e municípios, para que esses possam tomar para si esse conhecimento e aplicá-lo de acordo com a sua realidade local.

Não obstante, primeiramente é indispensável consolidar a relação interna entre os componentes da Vigilância em Saúde, construindo espaços para a elaboração coletiva dos instrumentos de gestão, fomentando a participação dos profissionais em ambientes favoráveis ao diálogo permanente.

Nesse sentido, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir com a Vigilância em Saúde local, proporcionando conteúdo para a análise reflexiva da situação atual e, por conseguinte, planejamento de ações cada vez mais acertadas, voltadas para prevenção, proteção e promoção da saúde da população inserida nesse território.

REFERÊNCIAS

- ALARCÓN-CRUZ, A. P.; PRIETO-SUAREZ, E. Caracterización del proceso de preparación y respuesta de entidades territoriales de salud ante la introducción del virus Chikungunya, Colombia, 2014. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 18, n. 3, p.331-343, 27 jun. 2016. Universidad Nacional de Colombia.
<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.55425>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n3/v18n3a01.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.759-768, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000400015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/15.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- BRASIL. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em: 14 dez. 2018.
- DONATELI, C. P. *et al.* Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.3439-3455, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18252017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3439.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- ENANORIA, W.T. *et al.* The Epidemiology and Surveillance Workforce among Local Health Departments in California: Mutual Aid and Surge Capacity for Routine and Emergency Infectious Disease Situations. **Public Health Reports**, [S.l.], v. 129, n. 64, p.114-122, nov. 2014. SAGE Publications.
<http://dx.doi.org/10.1177/00333549141296s415>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00333549141296S415>. Acesso em: 14 dez. 2018.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1407-1416, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1407.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

HASHIMOTO, K. *et al.* Integrating an infectious disease programme into the primary health care service: a retrospective analysis of Chagas disease community-based surveillance in Honduras. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 15, n. 1, p.116-125, 24 mar. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0785-4>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0785-4>. Acesso em: 12 dez. 2018.

HUNTER, J.C. *et al.* Public Health Response Systems In-Action: Learning from Local Health Departments' Experiences with Acute and Emergency Incidents. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 11, p.1-13, 13 nov. 2013. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079457>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0079457&type=printable>. Acesso em: 13 dez. 2018.

JIAO, M. *et al.* Determinants of emergency response responsibility perceptions in the local public health workforce after China's health sector restructuring. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 15, n. 1, p.339-350, 21 ago. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1003-0>. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546225/pdf/12913_2015_Article_1003.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

LÓPEZ, Y. L. *et al.* Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. **Biomedica**, Bogotá, v. 29, n. 4, p.567-581, 1 dez. 2009. Instituto Nacional de Salud (Colombia). <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v29i4.134>. Disponível em: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/134/132>. Acesso em: 16 dez. 2018.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.682-692, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010000400011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/11.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.

MEDEIROS, E. H. F.; MACHADO, M. F.; PESSOA JÚNIOR, J. M. Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.561-578, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00561.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

NETTO, G. F. *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, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3137.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

PASCAL, M. *et al.* How can a climate change perspective be integrated into public health surveillance? **Public Health**, [S.l.], v. 126, n. 8, p.660-667, ago. 2012. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.04.013>. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0033350612001527/1-s2.0-S0033350612001527-main.pdf?_tid=f5143b64-c9fd-49cc-9a0e-11459e913262&acdnat=1547552975_946e1ed5d378f2110cdce03c1936133c. Acesso em: 12 dez. 2018.

QUEIROZ, A. C. L. *et al.* Água e saúde: (des)integração entre vigilâncias e as lições da práxis. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.587-603, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/10.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.367-381, jun. 2017. FapUNIFESP

(SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017171916>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00367.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, p. 49-55, jul. 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n1/49-55/en>. Acesso em: 12 dez. 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

7 CONCLUSÃO

Este estudo de caso único com três unidades integradas de análise buscou evidenciar como se articulam os componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau e como esse processo ocorre no contexto real desse fenômeno.

A revisão integrativa permitiu sistematizar o conhecimento anteriormente produzido sobre a articulação das ações de Vigilância em Saúde no âmbito nacional e internacional. Apesar de outros países adotarem estruturas organizacionais diferentes para as ações de Vigilância em Saúde, nos estudos selecionados foi possível vislumbrar que essas ações devem ser realizadas por equipes multidisciplinares devido ao maior potencial das ações por meio da contribuição de diversas áreas do conhecimento, e que essas devem ser coesas e alinhadas aos objetivos propostos. Além disso, o planejamento foi tema recorrente nessas pesquisas, demonstrando que os gestores precisam investir mais tempo nessa etapa do processo e oportunizar espaço para a contribuição dos profissionais na elaboração de suas agendas estratégicas. Outro aspecto comum entre os estudos avaliados refere-se ao fator humano, não apenas a falta de profissionais para execução das ações, mas também pela falta de capacitação ou de política de capacitação e aperfeiçoamento para desempenharem suas funções. Soma-se a isso o sentimento de baixa prioridade no conjunto do sistema de saúde e de pouca abertura para expressão de suas opiniões. Ainda nesse sentido, as falhas de comunicação aparecem muitas vezes como pontos a serem corrigidos para o pleno desempenho das equipes.

A aplicação do estudo de caso nessa pesquisa permitiu alcançar os objetivos propostos, sobretudo por meio da triangulação das três fontes de evidência utilizadas. A organização e o tratamento dos dados permitiram extrair informações que viabilizaram a exploração da configuração da Vigilância em Saúde no município estudado e indicaram que algumas ações são realizadas de maneira articulada, mesmo que essa articulação ocorra pontual e timidamente.

O rico conteúdo presente no Documento-base para a Política Nacional de Vigilância em Saúde, bem como a Resolução que instituiu essa política, foram utilizados como base para algumas inferências neste estudo. Espera-se que profissionais e gestores tomem conhecimento da PNVS, apropriem-se inteiramente do seu teor e o utilizem como guia para o planejamento futuro de suas ações.

Na condição de profissional inserida no cotidiano da Vigilância em Saúde, pessoalmente reconheço, na rotina das atividades, algumas das

falas dos participantes da pesquisa, especialmente no que diz respeito à baixa oferta de capacitações, falta de planejamento coletivo das ações e a necessidade de construção dos instrumentos de gestão envolvendo todas as áreas interessadas. Convém lembrar que, embora o estudo tenha seguido o rigor metodológico, a interpretação dos resultados apresenta o olhar do pesquisador. Neste sentido, o referencial teórico da política pública vigente conduziu o processo de análise.

Merece destaque, neste caso, o tempo de atuação dos profissionais na Vigilância em Saúde. Certamente esses profissionais têm muito a contribuir para o serviço, entretanto, como não há uma rotina de capacitações, quando esses profissionais se aposentarem deixarão uma lacuna no seu setor que levará muito tempo para ser preenchida. Não raro, o servidor inicia sua jornada na Vigilância em Saúde sem sequer ter tido algum contato prévio com a temática e, muitas vezes pelo quadro defasado de profissionais, há certa urgência para que esse inicie suas atividades. Assim, a responsabilidade de sua capacitação acaba ficando a cargo de outro profissional que já atua no serviço ou sobre sua própria responsabilidade, tendo que buscar por conta própria o conhecimento que lhe será necessário para o desempenho de suas funções. Igualmente percebo a falta de uma rotina para análise crítica dos indicadores de saúde, matéria de trabalho da Vigilância em Saúde. Por vezes os resultados dos indicadores são solicitados repentinamente, sendo apenas repassados os dados sem que se discuta o que levou a um determinado desfecho.

A análise dos documentos produzidos em nível local demonstrou que poucas vezes temas relacionados à Vigilância em Saúde foram tratados pelo controle social. Como a PNVS destaca, a comunidade deve ter sua participação garantida nas discussões a respeito das ações de saúde pública. Contudo, é necessário viabilizar uma participação construtiva, fornecendo à população capacitações que abordem temas relacionados à vigilância, permitindo o melhor desempenho das funções desse segmento da gestão.

Após o conhecimento da Diretoria de Vigilância em Saúde a respeito da intenção dessa pesquisa e da autorização da gestão municipal para sua realização, identifiquei o início de um movimento no sentido iniciar o processo de aproximação dos componentes da Vigilância em Saúde, que resultou no I Seminário de Vigilância em Saúde de Blumenau. Esse evento contou com a participação de um profissional do Ministério de Saúde, que atua na Secretaria de Vigilância em Saúde, além de profissionais das diretorias de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Santa Catarina.

No mês de outubro de 2018 ocorreram três encontros da Vigilância Epidemiológica. A proposta, que partiu dos servidores que atuam nessa gerência, foi possibilitar que a maioria dos profissionais dessa gerência (se não todos) pudessem participar do evento em algum dos três momentos. Os servidores da gerência de Vigilância Epidemiológica partiram do pressuposto de que primeiramente a gerência precisa estar integrada e articulada para que, a partir disso, possa ser iniciado o processo de integração com as demais gerências. A principal finalidade desses encontros foi fomentar nos servidores a necessidade da articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde local. A expectativa gerada indicou que esse primeiro movimento pode ter alta relevância no sentido de alcançar a plena articulação dos componentes da Vigilância em Saúde local, desde que essas iniciativas continuem sendo realizadas e reproduzidas entre todas as gerências que compõe a Diretoria de Vigilância em Saúde.

Considera-se como limitação desse estudo a participação heterogênea de profissionais de todos os componentes da Vigilância em Saúde, o que pode restringir a ampla compreensão do fenômeno pesquisado, entretanto, buscou-se outras formas de suprir essa limitação com a participação de informantes-chave.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados em contextos diferentes, para que se possa evidenciar possíveis similaridades ou disparidades na articulação das ações de Vigilância em Saúde. Com isso, é possível que divulgando a realidade desses contextos, outros municípios possam ser beneficiados com o compartilhamento de experiências, exitosas ou não, e possam refletir suas práticas de planejamento e execução das ações, buscando alcançar o objetivo de garantir melhores condições de saúde para a sua população.

REFERÊNCIAS

- ALARCÓN-CRUZ, A. P.; PRIETO-SUAREZ, E. Caracterización del proceso de preparación y respuesta de entidades territoriales de salud ante la introducción del virus Chikungunya, Colombia, 2014. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 18, n. 3, p.331-343, 27 jun. 2016. Universidad Nacional de Colombia.
<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.55425>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n3/v18n3a01.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L.; ROUQUAYROL, M. Z. A epidemiologia como ciência. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ANDRADE, S. R.; SENNA, M. H.; RIBEIRO, J. C.; TRAMONTINA, P. C.; PICCOLI, T. Vigilância e a Rede de Atenção à Saúde: suporte para o planejamento e organização das práticas de cuidado. In: SOUZA, F. G. M.; BACKES, D. S. (org.). **Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades**. Santa Catarina: Editora Papa-livros, 2015. p. 337-362.
- BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.759-768, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000400015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/15.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.
- BARBOUR, R.; FLICK, U. (coord.). **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 216p.
- BLUMENAU. **Lei Complementar nº 648, de 29 de agosto de 2007**. Altera as estruturas administrativas do poder executivo municipal de Blumenau, do serviço autônomo municipal de trânsito e transportes de Blumenau e da fundação municipal de desportos de que tratam, respectivamente, as Leis Complementares nº 505, de 17 de março de 2005, nº 438, de 22 de dezembro de 2003 e a Lei nº 3.679, de 20 de dezembro de 1989, e dá outras providências. Blumenau, SC: Gabinete

do Prefeito, 2007. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a2/sc/b/blumenau/lei-complementar/2007/64/648/lei-complementar-n-648-2007-altera-as-estruturas-administrativas-do-poder-executivo-municipal-de-blumenau-do-servico-autonomo-municipal-de-transito-e-transportes-de-blumenau-e-da-fundacao-municipal-de-desportos-de-que-tratam-respectivamente-as-leis-complementares-n-505-de-17-de-marco-de-2005-n-438-de-22-de-dezembro-de-2003-e-a-lei-n-3679-de-20-de-dezembro-de-1989-e-da-outras-providencias>. Acesso em 7 jun. 2018.

BLUMENAU. **Plano Municipal de Saúde de Blumenau 2009 – 2013**. Blumenau, SC: [S. l.], 2009. 95 p.

BLUMENAU. **Plano Municipal de Saúde de Blumenau 2014-2017**. Blumenau, SC: [S. l.], 2013. 103 p.

BLUMENAU. **Lei Complementar nº 1.186, de 18 de abril de 2018**. Altera a estrutura administrativa do poder executivo, estabelecida na Lei Complementar nº 1.094, de 17 de fevereiro de 2017 e dá outras providências. Blumenau, SC: Gabinete do Prefeito, 2018a. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/b/blumenau/lei-complementar/2018/119/1186/lei-complementar-n-1186-2018-altera-a-estrutura-administrativa-do-poder-executivo-estabelecida-na-lei-complementar-n-1094-de-17-de-fevereiro-de-2017-e-da-outras-providencias?q=1.186>. Acesso em 7 jun. 2018.

BLUMENAU. **Plano Municipal de Saúde de Blumenau 2018-2021**. Blumenau, SC: [S. l.], 2018b. 19 p.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p.121-136, 2 dez. 2011. Revista Gestão e Sociedade. <http://dx.doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 14 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. 1.ed. Brasília: CONASS, 2007. 132 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 5, parte I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a, 816 p.

BRASIL. **Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 1 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 108 p. (Pactos pela Saúde 2006, v.13). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 4 nov. 2017.

BRASIL. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 fev. 2018.

BRASIL. **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. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 4 nov. 2018.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 28 jul. 2018

BRASIL. Grupo Técnico - PNVS. **Política nacional de vigilância em saúde:** documento base. [S. l.], 15 out. 2014a. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/gpa/pnvs_2014_ve_rsaao_final_2014.pdf. Acesso em: 23 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:

<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 36 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás. **ASIS – Análise de Situação de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. v. 1, 278 p. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/25/Vol1-alterado-.pdf>. Acesso em: 6 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

773 p. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BRASIL. Decreto n. 8.867, de 3 de outubro de 2016. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Fundação Nacional de Saúde, remaneja cargos em comissão, substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores-DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Anexo I. Brasília, DF: Presidência da República: 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/decreto/D8867.htm. Acesso em: 3 mai. 2017.

BRASIL. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em

Saúde: Documento orientador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/documento_Orientador_1CNVS.pdf.

Acesso em: 24 out. 2017.

BRASIL. Portaria n 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.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2018

BRASIL. Portaria de Consolidação 4, de 28 de setembro de 2017.

Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em 04 ago. 2018

BRASIL. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em: 14 jul. 2018.

COSTA, D. *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 127, n. 38, p.11-30, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a03.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2017.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Área temática de vigilância sanitária. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 327-341.

DONATELI, C. P. *et al.* Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.3439-3455, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18252017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3439.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

ENANORIA, W.T. *et al.* The Epidemiology and Surveillance Workforce among Local Health Departments in California: Mutual Aid and Surge Capacity for Routine and Emergency Infectious Disease Situations. **Public Health Reports**, [S.l.], v. 129, n. 64, p.114-122, nov. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00333549141296s415>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00333549141296S415>. Acesso em: 14 ago. 2018.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.422-427, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002009000400012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a12v22n4.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2018.

GOTSADZE, G. *et al.* Reforming sanitary-epidemiological service in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: an exploratory study. **Bmc Public Health**, [S.l.], v. 10, n. 1, p.440-450, 27 jul. 2010. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-440>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919478/pdf/1471-2458-10-440.pdf>. Acesso em: 4 out. 2018.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1407-1416, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1407.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

HASHIMOTO, K. *et al.* Integrating an infectious disease programme into the primary health care service: a retrospective analysis of Chagas disease community-based surveillance in Honduras. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 15, n. 1, p.116-125, 24 mar. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0785-4>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0785-4>. Acesso em: 12 ago. 2018.

HUNTER, J.C. *et al.* Public Health Response Systems In-Action: Learning from Local Health Departments' Experiences with Acute and Emergency Incidents. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 11, p.1-13, 13 nov. 2013. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079457>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0079457&type=printable>. Acesso em: 13 ago. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Blumenau – SC. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/blumenau/panorama>. Acesso em 28 out. 2017.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

JIAO, M. *et al.* Determinants of emergency response responsibility perceptions in the local public health workforce after China's health sector restructuring. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 15, n. 1, p.339-350, 21 ago. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1003-0>. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546225/pdf/12913_2015_Article_1003.pdf. Acesso em: 12 jun. 2018.

LIMONGI, J. E. *et al.* Estrutura e processos da Vigilância em Saúde em municípios mineiros: uma análise quali-quantitativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p.31-44, 30 mar. 2017.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010351>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010351.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

LÓPEZ, Y. L. *et al.* Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. **Biomédica**, Bogotá, v. 29, n. 4, p.567-581, 1 dez. 2009. Instituto Nacional de Salud (Colombia).

<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v29i4.134>. Disponível em:

<https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/134/132>. Acesso em: 16 set. 2018.

LUCENA, R. C. B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p.1107-1120, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612137128>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n5/0034-7612-rap-49-05-01107.pdf>.

Acesso em: 23 jul. 2017.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1767-1776, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1767.pdf>.

Acesso em: 23 nov. 2017.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.682-692, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010000400011>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/11.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1683-1694, jun. 2016.

FapUNIFESP (SciELO). [http://dx.doi.org/10.1590/1413-](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016)

81232015216.07572016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>.

Acesso em: 22 ago. 2018.

MARQUES, C.P. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. **Tempus actas de saúde colet.**, Brasília, v. 1, n. 8, p.65-70, mar. 2014. Disponível em:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1454/1309>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MARTINS, H. F. Uma teoria da fragmentação de políticas Públicas. *In*: MARTINS, H. F. **Uma teoria da fragmentação de políticas**

públicas: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública. 2003. Tese (Doutorado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003. f. 74. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3264/ACF24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 out. 2017.

MEDEIROS, E. H. F.; MACHADO, M. F.; PESSOA JÚNIOR, J. M.

Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.561-578, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300010>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00561.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2297-2305, ago. 2010.

FapUNIFESP (SciELO). [http://dx.doi.org/10.1590/s1413-](http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005)

81232010000500005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2018.

NETTO, G. F. *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, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3137.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.255-267, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2017.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-39.

PASCAL, M. *et al.* How can a climate change perspective be integrated into public health surveillance? **Public Health**, [S.l.], v. 126, n. 8, p.660-667, ago. 2012. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.04.013>. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0033350612001527/1-s2.0-S0033350612001527-main.pdf?_tid=f5143b64-c9fd-49cc-9a0e-11459e913262&acdnat=1547552975_946e1ed5d378f2110cdce03c1936133c. Acesso em: 12 ago. 2018.

PINTO JUNIOR, V. L.; CERBINO NETO, J.; PENNA, G. O. The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p.4841-4849, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.05962013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04841.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

QUEIROZ, A. C. L. *et al.* Água e saúde: (des)integração entre vigilâncias e as lições da práxis. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.587-603, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/10.pdf>. Acesso em: 1 out. 2017.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.367-381, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017171916>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00367.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

ROHLFS, D. B. *et al.* A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.391-398, 2011. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_4/artigos/csc_v19n4_391-398.pdf. Acesso em: 16 jan. 2018.

SANTA CATARINA (Estado). **Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite nº 458, de 8 de novembro de 2012.**

Florianópolis, SC: 2012. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/cib/portarias-e-temas-relevantes-cib/7372-deliberacao-458-de-08-de-novembro-de-2012-macrorregioes-de-saude-de-sc/file>. Acesso em: 22 set. 2018.

SANTOS, A. O.; LIMA, J. A. O. *Projeto 'Suslegis': Consolidação de normas infralegais do Sistema Único de Saúde (SUS)*. **Revista de Direito Setorial e Regulatório**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 289-306, mai. 2018. Disponível em:

<http://www.ndsr.org/SEER/index.php?journal=rdsr&page=article&op=view&path%5B%5D=353>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.438-446, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000200004>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2017.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.2043-2050, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2043.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2018.

SCLIAR, M.; ALMEIDA FILHO, N.; MEDRONHO, R. Raízes históricas da epidemiologia. *In*: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 5-23.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016. 252 p.

SETA, M. H.; OLIVEIRA, C. V. S.; PEPE, V. L. E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.3225-3234, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.16672017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3225.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2018.

SILVA, A. C. P.; PEPE, V. L. E. Vigilância sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e sistema de saúde no brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 709-738.

SILVA, J. F. M. S.; CARVALHO, B. G. Vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. **Espaço para a saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 184-195, jul. 2017. UEL. DOI 10.5433/15177130-2017v18n1p184. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318870043_Vigilancia_em_saude_no_ambito_municipal_revisao_integrativa. Acesso em: 15 ago. 2018.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância e monitoramento de eventos epidemiológicos. *In*: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 643-658.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, p. 49-55, jul. 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n1/49-55/en>. Acesso em: 12 jun. 2018.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1751-1762, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

VILLARDI, J. W. R. *et al.* Vigilância em Saúde Ambiental de populações expostas à poluição atmosférica no Brasil – um modelo em construção. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 (4): 467-472. 2011. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_4/artigos/csc_v19n4_467-472.pdf. Acesso em: 1 ago. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA FOCADA

Roteiro individual para entrevista focada sobre a articulação das ações de
Vigilância em Saúde no município de Blumenau

Entrevista n°:	Data: / /	Horário:
Nome:	Idade:	
Telefone:	E-mail:	
Formação profissional:		
Especialização(ões):		
Local de atuação: () SEMUS () Vig. Sanitária e Ambiental () Vig. Epidemiológica () Combate à Dengue () CEREST () Outro:		
Cargo:		
Tempo de atuação no cargo		
Questão norteadora: Como a gestão percebe a articulação entre os componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau?		
Questões direcionadas aos informantes-chave:		
<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, qual é o principal objetivo da Vigilância em Saúde no nível municipal? • Como é composta a Vigilância em Saúde no município de Blumenau? • Você poderia mencionar quais são as principais ações desempenhadas pela Vigilância em Saúde? • São realizadas reuniões ou espaços para discussão de temas de interesse da Vigilância em Saúde? • Essas reuniões ou espaços de discussão são realizados com regularidade? Quem são os participantes? As pautas são definidas previamente? • São promovidas capacitações para os profissionais que atuam na Vigilância em Saúde? 		

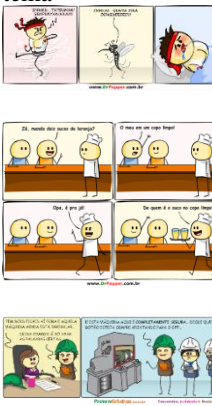


- Você participou da elaboração da Pactuação Interfederativa referente ao período de 2017 a 2021? Como se deu esse processo?
- E da elaboração do Plano Municipal de Saúde? Como se deu esse processo?
- Em algum momento os resultados dos indicadores são discutidos e avaliados?

Questões direcionadas aos Gerentes dos componentes da Vigilância em Saúde:

- Na sua opinião, qual é o principal objetivo da Vigilância em Saúde no nível municipal?
- Como é composta a Vigilância em Saúde no município de Blumenau?
- Poderia mencionar quais são as principais ações desempenhadas pelo componente da Vigilância em Saúde ao qual você está vinculado?
- Poderia descrever como essas ações são realizadas?
- Você considera que o cumprimento de uma ou mais ações relacionados ao seu componente da Vigilância em Saúde depende de outros participantes? Poderia citar um exemplo?
- São realizadas reuniões ou espaços para discussão de temas de interessa da Vigilância em Saúde?
- Essas reuniões ou espaços de discussão são realizados com regularidade? Quem são os participantes? As pautas são definidas previamente?
- São promovidas capacitações para os profissionais que atuam na Vigilância em Saúde?
- Você participou da elaboração da Pactuação Interfederativa referente ao período de 2017 a 2021? Como se deu esse processo?
- E da elaboração do Plano Municipal de Saúde? Como se deu esse processo?
- Em algum momento os resultados dos indicadores são discutidos e avaliados?
- Você considera que o cumprimento de um ou mais indicador(es) depende do envolvimento de outro serviço/área? Poderia citar um exemplo?
- Como se dão as trocas de informação entre seu componente e os demais componentes da Vigilância em Saúde?
- Como você percebe a relação profissional entre os componentes da Vigilância em Saúde?
- Você percebe fortalezas na relação entre os componentes da Vigilância em Saúde?
- Você percebe fragilidades na relação entre os componentes da Vigilância em Saúde?
- Gostaria de falar mais alguma coisa a respeito das ações de Vigilância em Saúde realizadas no município de Blumenau?

APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

	MOMENTO 1 “Por que estamos aqui?”	MOMENTO 2 “I Seminário de Vigilância em Saúde de Blumenau”	MOMENTO 3 “Como podemos contribuir?”
Objetivo(s) do encontro	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o TCLE - Apresentar os objetivos da pesquisa e a metodologia de trabalho do grupo - Identificar a percepção dos participantes sobre o que é Vigilância em Saúde e como ela está organizada no município 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a constituição da Vigilância em Saúde no município, seu percurso histórico e situação atual - Discorrer sobre os conceitos de Vigilância em Saúde e a necessidade de articulação entre os seus componentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Resgatar as discussões produzidas no último encontro - Apresentar o conceito de Vigilância em Saúde estabelecido pelo MS - Mostrar aos participantes o processo de construção da PNVS - Fomentar discussão sobre o potencial de articulação dos componentes da Vigilância em Saúde no município

<p>Material de estímulo</p>	<p>- Tirinhas de humor relacionadas ao tema</p>  <p>- Apresentações dos representantes do Ministério da Saúde, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária se Santa Catarina convidados para o seminário</p>  <p>Vídeo sobre a tragédia de 2008 em Blumenau</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=D17nXSzqUDI</p>	<p>- Nuvem de palavras gerada a partir do conceito de Vigilância em Saúde elaborado pelos participantes no encontro anterior</p>  <p>- Entrevista com Daniela Buosi no programa Bate Papo na Saúde</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=M8C6InWm89Y</p>
<p>Perguntas disparadoras</p>	<p>- Para mim, Vigilância em Saúde...?</p> <p>- Quais ações são desenvolvidas pelo seu componente da Vigilância em Saúde?</p>	<p>- O que é Vigilância em Saúde?</p> <p>- Quais são os principais objetivos da Vigilância em Saúde?</p> <p>- Quais são os principais desafios e tendências para a</p> <p>- Como articular as ações de Vigilância em Saúde?</p> <p>- Como promover a integração entre as vigilâncias?</p>

	- Quem são os envolvidos nessas ações?	Vigilância em Saúde?	
Material de apoio	- Gravador de voz - Caderno para anotações	- Gravador de voz - Caderno para anotações	- Gravador de voz - Caderno para anotações

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Entrevista)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE|
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof. Dr^a Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Bruna Carla Storck, mestranda em enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "**A articulação das ações de Vigilância em Saúde: O caso do município de Blumenau**", que tem como objetivo *Evidenciar como se articulam os componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau*. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utiliza o método estudo de caso.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC).

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação se dará por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será áudio-gravada, e terá duração aproximada de 40 minutos, como também pela disponibilização, a seu critério, de documentos utilizados em seu trabalho (protocolos, normativas, fluxos, entre outros). Posteriormente a entrevista será transcrita, mas sem que você seja identificado(a) em qualquer tempo do estudo.

A você, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito de sua atuação no componente da Vigilância em Saúde ao qual está vinculado, podendo variar de curto a longo prazo tais reflexões. Os resultados do estudo pretendem colaborar para a efetiva articulação dos componentes da Vigilância em Saúde do município, no sentido de contribuir com as atividades desenvolvidas pelos mesmos, promovendo a integração e melhorando a qualidade dos serviços a partir da compreensão da importância da articulação das ações de Vigilância em Saúde no município de Blumenau.

De modo indireto, este estudo contribuirá para o reconhecimento das ações de Vigilância em Saúde realizadas no município, a partir de diferentes olhares e abordagens envolvidos em sua análise, oferecendo novas perspectivas para aqueles que vivenciam, em seu cotidiano de trabalho, a Vigilância em Saúde.

A pesquisa não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais entre teoria e a prática no campo da Vigilância em Saúde. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los(as), interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua ausência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir.

O material coletado durante as entrevistas e os documentos disponibilizados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelas pesquisadoras, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

Os resultados da pesquisa mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar o seu nome, componente da vigilância a que está vinculado(a) ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para esse estudo você não terá nenhuma despesa advinda da

sua participação, mas você será ressarcido(a) caso ocorra alguma despesa extraordinária, qual será coberta pelas pesquisadoras mediante apresentação de comprovante. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Esse termo está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelas pesquisadoras. Uma via será entregue a você, para tanto solicitamos que você conserve-a em segurança, visto que este documento contém informações importantes de contato e garantia dos seus direitos enquanto participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar-se a participar do estudo ou, caso aceite participar, de retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos à pesquisa com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá contatar a pesquisadora Selma Regina de Andrade pelo telefone (48) 9 9991522, e-mail selma.regina@ufsc.br ou pessoalmente no Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 301. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Poderá entrar em contato com a pesquisadora Bruna Carla Storck pelo telefone (48) 9 96248688, e-mail enf.brumas@gmail.com ou pessoalmente no Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 301. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, pelo telefone (48) 37216094, e-mail cep.procpesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

Selma Regina de Andrade
Pesquisadora responsável

Bruna Carla Storck
Pesquisadora colaboradora

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo Focal)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof. Dr^a Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Bruna Carla Storck, mestranda em enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "**A articulação das ações de Vigilância em Saúde: O caso do município de Blumenau**", que tem como objetivo *Evidenciar como se articulam as componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau*. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utiliza o método estudo de caso.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humano da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC).

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação se dará por meio de participação em Grupo Focal, que ocorrerão em três encontros previamente agendados, quais serão áudio-gravados, e terão duração aproximada de 60 minutos. Posteriormente as falas dos participantes serão transcritas, mas sem que você seja identificado(a) em qualquer tempo do estudo.

A você, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito de sua atuação no componente da Vigilância em Saúde ao qual está vinculado, podendo variar de curto a longo prazo tais reflexões. Os resultados do estudo pretendem colaborar para a efetiva articulação dos componentes da Vigilância em Saúde do município, no sentido de contribuir com as atividades desenvolvidas pelos mesmos, promovendo a integração e melhorando a qualidade dos serviços a partir da compreensão da importância da articulação das ações de Vigilância em Saúde no município de Blumenau.

De modo indireto, este estudo contribuirá para o reconhecimento das ações de Vigilância em Saúde realizadas no município, a partir de diferentes olhares e abordagens envolvidos em sua análise, oferecendo novas perspectivas para aqueles que vivenciam, em seu cotidiano de trabalho, a Vigilância em Saúde.

A pesquisa não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais entre teoria e a prática no campo da Vigilância em Saúde. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los(as), interromper sua participação no grupo focal, retornando a coletar os dados sob a sua ausência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir.

O material coletado durante os encontros do grupo poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelas pesquisadoras, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

Os resultados da pesquisa mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar o seu nome, componente da vigilância a que está vinculado(a) ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para esse estudo você não terá nenhuma despesa advinda da

sua participação, mas você será ressarcido(a) caso ocorra alguma despesa extraordinária, qual será coberta pelas pesquisadoras mediante devida comprovação. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Esse termo está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelas pesquisadoras. Uma via será entregue a você, para tanto solicitamos que você conserve-a em segurança, visto que este documento contém informações importantes de contato e garantia dos seus direitos enquanto participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar-se a participar do estudo ou, caso aceite participar, de retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos à pesquisa com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá contatar a pesquisadora Selma Regina de Andrade pelo telefone (48) 9 9991522, e-mail selma.regina@ufsc.br ou pessoalmente no Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 301. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Poderá entrar em contato com a pesquisadora Bruna Carla Storck pelo telefone (48) 9 96248688, e-mail enf.brunas@gmail.com ou pessoalmente no Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 301. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, pelo telefone (48) 37216094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

Selma Regina de Andrade
Pesquisadora responsável

Bruna Carla Storck
Pesquisadora colaboradora

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: ____ / ____ / ____.

ANEXOS

ANEXO I – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE BLUMENAU



Prefeitura Municipal de Blumenau
Secretaria Municipal de Saúde
Escola Técnica de Saúde de Blumenau

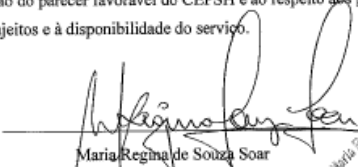
Blumenau, 13 de dezembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), e como Secretária Municipal de Saúde de Blumenau, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: o caso do município de Blumenau**, da pesquisadora responsável prof^a Dr^a Selma Regina de Andrade, desenvolvido pela pesquisadora Bruna Carla Storck, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Tenho ciência que serão seguidos os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, resguardando o sigilo da instituição e a confidencialidade das informações obtidas, sabendo que estas poderão ser divulgadas em eventos ou publicações científicas, preservando o anonimato dos participantes.

Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPSH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.


 Maria Regina de Souza Soar
 Secretária Municipal de Saúde de Blumenau

Maria Regina de Souza Soar
 Secretária Municipal de Saúde de
 Blumenau

ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A articulação das ações de Vigilância em Saúde: o caso do município de Blumenau

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83060918.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.513.739

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Bruna Carla Storck no Programa De Pós-graduação Em Enfermagem da UFSC, orientada por Selma Regina de Andrade. Estão previstos 16 participantes em entrevistas e grupos focais. A coleta de dados será realizada em dois momentos, para os quais serão adotados os seguintes critérios de inclusão: Momento 1 será composto por profissionais que se encontram em cargos estratégicos de gestão, como coordenadores de área, gerentes, diretor e secretário de saúde, e Momento 2 composto por profissionais de saúde efetivos que atuam diretamente nos componentes que formam a Vigilância em Saúde do município, com mais de três anos de atuação (aprovados no estágio probatório).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Evidenciar como se articulam os componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau. **Objetivo Secundário:** Descrever a estruturação dos componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau; Analisar como se dá a articulação dos componentes da Vigilância em Saúde no município de Blumenau.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores entendem que a pesquisa não apresenta riscos de natureza física, exceto a

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.513.739

possibilidade de mobilização emocional de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais entre teoria e a prática no campo da Vigilância em Saúde. Não azeitam a possibilidade de quebra de sigilo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do PPG em Enfermagem da UFSC. Consta do processo declaração da secretária de saúde do município de Blumenau, informando que tomou conhecimento da pesquisa e que cumprirá o que preconiza a res. 466/12 e complementares. O cronograma prevê a coleta de dados entre 09/04/2018 e 31/05/2018. O orçamento prevê despesas de R\$ 1480,00 com financiamento próprio. São apresentados os roteiros das entrevistas e grupos focais. São apresentados TCLEs separados para a entrevista e para o grupo focal, e satisfazem essencialmente a todos os requisitos da res. 466/12.

Recomendações:

Recomendamos que os pesquisadores, tanto para sua própria proteção quanto para sensibilização dos participantes, incluam na sua análise de riscos e particularmente no TCLE a possibilidade de quebra de sigilo, ainda que remota, involuntária e não intencional, bem como suas possíveis consequências na vida pessoal e profissional dos participantes, que vivem dentro de uma hierarquia profissional.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	09/02/2018		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.513.739

Básicas do Projeto	ETO_1023256.pdf	10:11:14		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/02/2018 10:06:06	Selma Regina de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Bruna_plataforma_Brasil.pdf	08/02/2018 21:21:06	BRUNA CARLA STORCK	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_secretaria_municipal_de_saude.p df	08/02/2018 21:20:12	BRUNA CARLA STORCK	Aceito
Outros	formulario_prefeitura_blumenau.pdf	08/02/2018 11:35:49	BRUNA CARLA STORCK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_Focal.docx	08/02/2018 11:33:12	BRUNA CARLA STORCK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista.docx	08/02/2018 11:32:56	BRUNA CARLA STORCK	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 26 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br