

Concepções e práticas da vigilância em saúde no Rio Grande do Norte, Brasil: a voz dos gestores*

Concepciones y prácticas de vigilancia en salud en Rio Grande do Norte, Brasil: la voz de los gerentes

Conceptions and practices of health surveillance in Rio Grande do Norte, Brazil: The voice of managers

*Este estudo faz parte da dissertação de mestrado "Concepções e práticas da vigilância em saúde: a voz dos gestores", no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar: Feitosa EELC; Melo RHV; Sousa LCM; Bezerra HS; Brandão GCG; Rodrigues MP. Concepções e práticas da vigilância em saúde no Rio Grande do Norte, Brasil: a voz dos gestores. Av Enferm. 2021;39(3):309-319. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.86903>

1 Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa

Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte (Natal, Rio Grande do Norte, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0421-364X>
Correio eletrônico: evaemmanuel@hotmail.com

Contribuição: concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final.

2 Ricardo Henrique Vieira de Melo

Secretaria Municipal de Saúde de Natal (Natal, Rio Grande do Norte, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0595-6020>
Correio eletrônico: ricardohvm@gmail.com

Contribuição: concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final.

3 Layanne Cristini Martin Sousa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal, Rio Grande do Norte, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4048-4604>
Correio eletrônico: layannecristini@gmail.com

Contribuição: concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final.

4 Hellyda de Souza Bezerra

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal, Rio Grande do Norte, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2747-4981>
Correio eletrônico: hellydasbezerra@hotmail.com

Contribuição: obtenção, análise e interpretação dos dados, revisão final do manuscrito e aprovação da versão final.

5 Gisetti Corina Gomes Brandão

Universidade Federal de Campina Grande (Campina Grande, Paraíba, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8040-5435>
Correio eletrônico: gisettibrandaog@gmail.com

Contribuição: obtenção, análise e interpretação dos dados, revisão final do manuscrito e aprovação da versão final.

6 Maisa Paulino Rodrigues

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal, Rio Grande do Norte, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2275-4703>
Correio eletrônico: maisarodrigues13@gmail.com

Contribuição: obtenção, análise e interpretação dos dados, revisão final do manuscrito e aprovação da versão final.

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.86903>

Recibido: 01/05/2020 Aceptado: 05/06/2021

ISSN (impreso): 0121-4500
ISSN (en línea): 2346-0261



Resumo

Objetivo: compreender as concepções e as práticas da vigilância em saúde sob a ótica de seus gestores.

Materiais e métodos: estudo qualitativo com a participação de 11 gestores estaduais e municipais do Rio Grande do Norte, Brasil, a partir de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram construídos com apoio do programa Iramuteq, e a análise foi feita pela técnica de análise temática de conteúdo.

Resultados: os gestores compreenderam a vigilância em saúde como um modelo indispensável para o Sistema Único de Saúde brasileiro. Encontraram-se contradições no modo de fazer das ações desenvolvidas e na efetividade da articulação intra e intersectorial. Destacam-se a precariedade das condições de trabalho, a insuficiência de recursos humanos e as fragilidades principalmente no setor da saúde do trabalhador.

Conclusões: a compreensão sobre os conceitos e a missão da vigilância em saúde apresentou incoerências internas nos discursos sobre a efetivação do planejamento coletivo e das ações entre as diversas vigilâncias. Aponta-se a necessidade de repensar o itinerário formativo dos gestores na interação ensino-serviço para a transformação da prática.

Descritores: Vigilância em Saúde Pública; Gestor de Saúde; Pessoal de Saúde; Promoção da Saúde (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: comprender las concepciones y prácticas de la vigilancia en salud desde la perspectiva de sus gestores.

Materiales y métodos: estudio cualitativo con la participación de once gestores estatales y municipales en Rio Grande do Norte, Brasil, a través de entrevistas semiestruturadas. Los datos se recolectaron con el apoyo del programa Iramuteq y fueron analizados con la metodología de análisis de contenido.

Resultados: los participantes consideran a la vigilancia en salud como un modelo indispensable para el Sistema Único de Salud brasileño. No obstante, se identificaron contradicciones en la forma de implementar ciertas acciones y en la efectividad de la articulación intra e intersectorial. Así mismo, se identificó precariedad en las condiciones de trabajo, falta de recursos humanos y debilidades en el área de la salud ocupacional.

Conclusiones: la comprensión de los conceptos y de la misión de la vigilancia en salud presentó inconsistencias internas en cuanto a los discursos sobre la efectividad de la planeación colectiva y las acciones entre las diversas dependencias a cargo de esta labor. Se señala la necesidad de replantear la agenda formativa de los gestores en la interacción enseñanza-servicio para la transformación de la práctica de vigilancia en salud.

Descriptor: Vigilancia en Salud Pública; Gestor de Salud; Personal de Salud; Promoción de la Salud (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To understand the conceptions and practices around health surveillance from the perspective of managers in charge of this process.

Materials and methods: Qualitative study carried out with eleven health surveillance managers of Rio Grande do Norte, Brazil, using semi-structured interviews as data collection technique. Iramuteq software helped with the data collection process, while the thematic content analysis technique was used for its analysis.

Results: Participants consider health surveillance as an essential model within the Brazilian health system. However, contradictions were found in the way of deploying the actions developed and on the effectiveness of intra and intersectoral articulation. Reports on the precariousness of working conditions, the lack of human resources, and weaknesses in the occupational health sector, particularly, were also identified.

Conclusions: The understanding of the concepts and mission of health surveillance has internal inconsistencies in the discourses about the implementation of collective planning and actions among the various areas in charge of this process. Rethinking the formative agenda of managers in the teaching-service interaction is required for the transformation of health surveillance practice.

Descriptors: Public Health Surveillance; Health Manager; Health Personnel; Health Promotion (source: DeCS, BIREME).

Introdução

A gestão na área de saúde, em conjunto com as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, exerce uma função importante em um país, considerando seu impacto direto na qualidade dos serviços ofertados à população, o que incide na resolutividade da saúde pública. No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 (1), pode-se perceber um cenário de iniciativas para a inserção de políticas de saúde, com alguns marcos significativos, por exemplo, o Pacto pela Saúde, o qual define compromissos importantes para a construção do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, quando cita que os gestores dos estados e dos municípios brasileiros devem considerar as ações de vigilância em saúde (vs) destacadas no pacto para a priorização da aplicação dos recursos (2).

Nesse universo, emerge a vs recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil para orientar as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Embora seja uma estratégia relativamente recente, ela tem base em diretrizes históricas do Sistema Único de Saúde (sus) e, especialmente, fundamenta-se na integralidade, na prevenção de agravos e nas condições de vida da sociedade, as quais são transformações estruturantes que vêm desde os ideais da reforma sanitária (3).

A vs objetiva a análise permanente da situação de saúde da população e, conseqüentemente, a organização e a execução de ações, medidas e procedimentos oportunos e pertinentes ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde da população, incluindo abordagens individuais e coletivas dos problemas identificados. Ela faz parte do arcabouço das políticas do sus e engloba ações da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador (4).

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) foi implantada no Brasil em 2018, caracterizando-se como guia para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de vs, bem como definindo suas diretrizes, princípios, responsabilidades e estratégias. Trata-se de uma política transversal e universal, partilhada entre as três esferas gestoras (federal, estadual e municipal) do sus (5).

A PNVS define a vs como um processo permanente de coleta, processamento, análise de dados e socia-

lização de informações sobre eventos relacionados à saúde, a fim de implementar medidas de saúde pública — de regulação, intervenção e atuação — nos determinantes e nas condicionantes do processo de saúde-doença-cuidado, para a proteção e a promoção da saúde, bem como a prevenção e o controle de riscos, agravos e enfermidades (5, 6).

Silva e Carvalho (7) reforçam que a proposta de cada uma das vigilâncias emerge no sentido de compartilhar atribuições e responsabilidades, sem abandonar a especificação técnica de cada uma das áreas, e implica novos papéis, bem como relações e práticas inovadoras em todos os níveis do sistema, tanto no âmbito político quanto no técnico-operacional. Nesse contexto, conhecer a percepção dos gestores se constitui como caminho fundamental para o entendimento dos problemas (8). Um gestor precisa conhecer o escopo de sua gestão com domínio técnico, operacional, mas, principalmente, com atributos de liderança, articulação e capacidade de administração de recursos financeiros, de logística/infraestrutura e da condução de uma equipe técnica/humana (9).

O leque de funções de um gestor de vs é amplo. Deve-se conhecer e aplicar instrumentos eficazes de gestão, como um sistema de informações e análises estratégicas em saúde, os inquéritos de vigilância em saúde, a notificação compulsória, entre outros. Para isso, existe a necessidade de gestores capacitados não apenas para conduzir, mas também para transformar condutas que estejam travando o andamento dos setores, bem como liderar grupos, promover a motivação, contribuindo para a eficácia e a efetividade das organizações, além do aprimoramento da qualidade de vida das pessoas no ambiente de trabalho. A formação universitária pode se constituir como ferramenta essencial para provocar uma mudança de paradigma no setor da saúde, podendo ser o caminho mais rápido para a transformação das práticas biomédicas de saúde fragmentadas em integradas (10).

A vs detém conhecimentos e metodologias fundamentais para o planejamento de suas ações, as quais direcionam a gestão para o conhecimento do território, a identificação de problemas, o estabelecimento de prioridades de atuação e a otimização dos recursos, em busca de resultados efetivos. É assim que deve ser encarado o papel do gestor: ciente de todo o processo inerente ao seu trabalho, pautado no planejamento participativo e nas necessidades de saúde com foco no território, com ênfase na proatividade por meio de tomadas de decisões significativas e sem esquecer-se de avaliar todo o processo desencadeador dessas intervenções (11).

Diante desse contexto, para se compreender o universo da vs, faz-se necessário acessar os conhecimentos e as práticas que perpassam o âmbito desse serviço de saúde. Ademais, é imprescindível considerar as concepções dos gestores acerca desse modelo de atenção à saúde, tendo em vista que um gestor público deve exercer a liderança e tomar decisões, o que incide diretamente na execução e na construção de políticas públicas.

Nessa direção, este estudo buscou esclarecer os seguintes questionamentos: como se configuram, no âmbito da vs estadual e municipal do Rio Grande do Norte, as práticas dos seus gestores? De que forma ocorre a articulação entre os serviços e as ações de vs? Quais as dificuldades e as facilidades da sua implementação? Para isso, a investigação teve como objetivo compreender as concepções e as práticas da vs sob a ótica dos gestores.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O estudo ocorreu no Brasil, especificamente nos setores de vs da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte e da Secretaria Municipal de Saúde de sua capital, Natal.

Os participantes da pesquisa foram 11 gestores de setores de vs, dos quais cinco eram da esfera estadual e seis, da municipal. A escolha da amostra, por conveniência, privilegiou o universo de sujeitos sociais que detinham os atributos que se pretendia conhecer na investigação. Os critérios de inclusão foram ser gestor ou substituto do setor de vigilância em saúde e aceitar participar de forma voluntária. Foram excluídos da pesquisa os participantes que atuavam há menos de um ano nos setores e que, no momento da pesquisa, estavam afastados de suas atividades laborais por licença médica.

Os cinco gestores estaduais representaram os seguintes setores da vs: promoção à saúde; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância ambiental; vigilância em saúde do trabalhador. Por sua vez, os seis gestores municipais contemplaram os setores de vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador; este último, com dois profissionais vinculados à gestão.

Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista com roteiro semiestruturado. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com prévia autorização dos parti-

cipantes, e ocorreram nos próprios locais de trabalho, em salas reservadas, após o convite e o agendamento prévios, durante o ano de 2017. Apenas os participantes e os pesquisadores estiveram presentes nas salas. As entrevistas tiveram média de duração de 45 minutos, e as notas de campo foram feitas após cada interação. Não houve repetição de entrevistas. As falas foram transcritas, posteriormente, na íntegra. Foram utilizados codinomes de pássaros para preservar a identidade dos participantes.

As perguntas que orientaram as entrevistas, após os ajustes em teste-piloto, foram “O que é vs?”, “Quais são as atividades desenvolvidas sob sua responsabilidade?”, “Como se dá relação entre as quatro vigilâncias?”, “Como são definidas as ações da vs que você atua?”, “Quem participa do planejamento dessas ações?”, “Você está satisfeito com o trabalho realizado na vs?”, “Como você avaliaria o empenho/dedicação de sua equipe?”, “Qual a contribuição da vs para o sus?”.

A investigação foi constituída por três etapas: a primeira, caracterizou o perfil dos gestores; a segunda, analisou o *corpus* constituído, gerando classes, com o auxílio do *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*); a terceira, interpretou o conteúdo verbalizado dos participantes com base na análise temática de conteúdo (12), gerando categorias.

Na perspectiva de uso do Iramuteq, foram utilizadas as funções Classificação hierárquica descendente (CHD), que classificou os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, Dendrograma (da CHD), que ilustrou as relações entre as classes, Análise de similitude, a qual expôs uma interface em formato de árvore, permitindo a comunicação das palavras-chave com outras mais distais, mostrando conectividade e frequência lexicais no *corpus*, e Nuvem de palavras, que “as agrupa e as organiza graficamente em função da sua frequência” (13, p. 516).

Na etapa seguinte, o material produzido foi discutido e organizado para a fase de análise categorial-temática de conteúdo, perpassando por três etapas sequenciais: a pré-analítica; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. O Quadro 1 contém uma síntese da matriz de análise usada.

Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante para a apropriação do texto coletado. Após a leitura prévia, durante a exploração dos dados, emergiram unidades de sentido (US) a partir de palavras, frases ou temas.

Por sua vez, as US foram codificadas e distribuídas em subcategorias que respondiam aos questionamentos do estudo. Então, as subcategorias foram agregadas em categorias temáticas que reuniram elementos semelhantes, organizando resultados e permitindo elementos compreensivo-interpretativos a partir do referencial teórico sobre vs.

O estudo cumpriu os requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (14), que trata de pesquisas que envolvem seres humanos. Todos os participantes leram e assinaram de forma espontânea o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em fazer parte da investigação, que foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e obteve a aprovação no Parecer substanciado n.º 1.908.884, em 2017, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n.º 59246616.5.0000.5292.

Resultados e discussão

O perfil dos participantes se apresentou, predominantemente, do sexo feminino (91 %), com faixa etária média de 41 anos, com curso superior completo ou hierarquicamente maior (cinco com pós-graduação) e tempo de serviço médio de 8,5 anos no setor. No momento da coleta, dois gestores estavam no cargo como substitutos em razão dos titulares estarem afastados por causa de problemas de saúde.

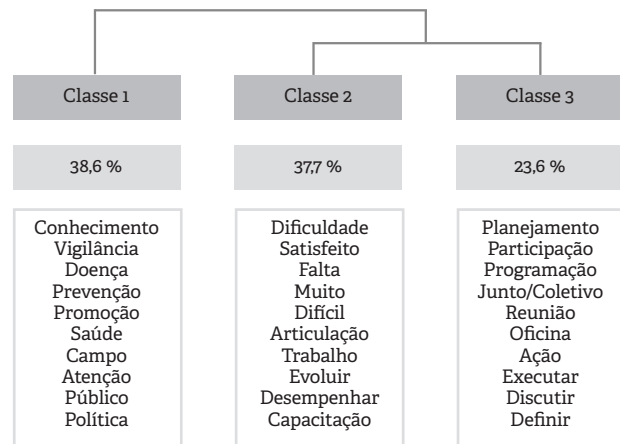
O *software* reconheceu, como número de textos iniciais, as 11 entrevistas, as quais repartiu em 420 seguimentos de textos. O *corpus* apresentou um total de 2 244 números de formas distintas, 14 701 ocorrências. O número de formas ativas foi de 922 e complementares, 409. O texto gerado, com base na retenção de segmentos de texto, compreendeu 334 seguimentos classificados em 420, com um aproveitamento de 79,52 % do material processado.

A CHD foi composta por três classes e suas possíveis relações de divergência e convergência entre si. Inicialmente, o *corpus* foi dividido em um grande grupo: a classe 1. Depois, houve uma nova partição em que o grupo foi dividido em mais dois subgrupos, resultando nas classes 2 e 3.

O Dendrograma (Figura 1) evidenciou a divisão das classes, assim como a representação quantitativa de cada uma no texto do *corpus* e o conteúdo lexical de cada classe. A classe 1 representou 38,6 %, a qual

se desmembrou na classe 2, com 37,7 %, e na classe 3, com 23,6 % do registro das falas do *corpus* do texto.

Figura 1. Dendrograma obtido a partir da Classificação hierárquica descendente, 2017



Fonte: base de dados da pesquisa, 2017.

A Tabela 1 mostra as palavras elucidadas, após a produção da CHD, com o qui-quadrado (χ^2) maior ou igual a 3,84 e o $p \leq 0,05$. As três classes foram ilustradas pela frequência, pela porcentagem e pelo χ^2 das palavras significativas, ou seja, quanto maior o valor do χ^2 registrado na fala, maior a sua associação com a classe.

A análise de similitude permitiu a visualização sobre as coocorrências das palavras, possibilitando vislumbrar indicações de conexão entre elas, por meio de uma árvore de palavras. Dessa forma, por exemplo, a palavra “vigilância” aparece interligada com termos como “política”, “conceito”, “processo”, “atenção”, “população”, entre outros.

Na sua ordem, a Nuvem de palavras (Figura 2) apresentou um parâmetro da frequência e intensidade com que as palavras foram proferidas durante o discurso. Para tanto, foram excluídas do *corpus* algumas classes gramaticais, como conjunções, advérbios e pronomes. As palavras evidenciadas, contextualizadas, vão ao encontro dos conceitos já abordados anteriormente.

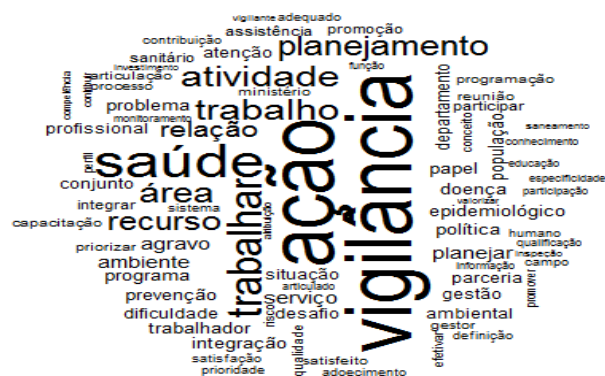
As categorias temáticas elucidadas foram Concepções sobre vigilância em saúde e Práticas da vigilância em saúde. Essas categorias e suas subdivisões estão apresentadas no Quadro 1.

Tabela 1. Seleção das palavras, frequência, porcentagem e qui-quadrado de acordo com as classes, 2017

Classes	Palavras	Frequência	%	χ^2
Classe 1	Conhecimento	4	100	6,43
	Vigilância	48	48,48	5,77
	Doença	15	100	24,96
	Prevenção	16	88,89	20,28
	Promoção	8	72,73	5,58
	Saúde	38	57,58	12,46
	Campo	4	100	6,43
	Atenção	11	78,57	9,84
	Público	6	100	9,71
	Política	13	86,67	15,29
Classe 2	Dificuldade	13	86,67	16,01
	Satisfeito	7	100	11,8
	Falta	5	100	8,38
	Muito	28	65,12	15,76
	Diffícil	5	100	8,38
	Trabalho	29	69,05	20,06
	Articulação	8	80	7,84
	Evoluir	4	100	6,68
	Desempenhar	5	100	8,38
	Capacitação	7	70	4,57
Classe 3	Planejamento	25	83,33	65,01
	Participação	5	100	16,38
	Programação	7	8,75	18,5
	Junto/coletivo	10	71,43	18,47
	Reunião	6	66,67	9,48
	Oficina	3	100	16,38
	Ação	45	44,12	34,06
	Executar	3	100	9,77
	Discutir	5	62,5	6,85
	Definir	5	100	16,38

Fonte: base de dados da pesquisa, 2017.

Figura 2. Nuvem de palavras, 2017



Fonte: base de dados da pesquisa, 2017.

Quadro 1. Divisão do corpus em categorias e subcategorias, 2017

Categorias	Subcategorias	Unidades de sentido
Concepções sobre vigilância em saúde	Ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças	47
	Campo da saúde coletiva	05
Práticas da vigilância em saúde	Planejamento coletivo e ações desarticuladas	82
	Localizações físicas dos setores	04
	Insuficiência de recursos humanos e precarização das condições de trabalho	82
	Fragilidade no setor da saúde do trabalhador	12
	Satisfação com a qualificação da equipe	42

Fonte: base de dados da pesquisa, 2017.

As concepções dos gestores sobre vigilância em saúde

A compreensão sobre a vs esteve em consonância com o conceito contemplado pela PNVS, que discorre como um processo contínuo e sistemático de monitoramento de dados que influencia os eventos relacionados à saúde, com vistas ao planejamento e à implementação de medidas para a promoção, a proteção da saúde e a prevenção de doenças (5).

[A vs] abrange vários aspectos, desde o ponto de vista da promoção, que são as ações desencadeadas para que nós tenhamos um sistema que apoie as políticas públicas, no sentido de prevenir doenças, de promover a saúde das pessoas. (Grua)

Com relação às concepções, 45 % dos gestores compreenderam a amplitude da vs em fazer parte do campo da saúde coletiva enquanto modelo de atenção. Em tese, pode-se argumentar que todo o arcabouço conceitual-operacional se constitui como uma base política e sanitária para a consolidação do paradigma da promoção da saúde no campo da saúde coletiva (6, 7).

É uma questão bem global, que engloba a parte preventiva, principalmente, a parte preventiva da saúde coletiva. (Íbis-Eremita)

É aquele modelo de atenção baseado na prevenção dos agravos, na promoção da saúde, para que tenhamos um sistema de saúde e não um sistema de doenças. (Fuselo)

Nesse sentido, acredita-se que a evolução conceitual na compreensão sobre a vs é um fator predisponente para pleitear as transformações dos paradigmas enraizados nesse setor. É fundamental a compreensão da vs como um processo, uma política, uma linha epistemológica, a qual precisa levar em consideração sua amplitude, a integralidade e a articulação entre os setores.

As práticas da vigilância em saúde

A segunda categoria, Práticas da vigilância em saúde apresentou cinco subdivisões: planejamento coletivo e ações desarticuladas; localizações físicas dos setores; insuficiência de recursos humanos e precarização das condições de trabalho; fragilidade no setor da saúde do trabalhador e satisfação com a qualificação da equipe.

A subcategoria Planejamento coletivo e ações desarticuladas expressa que há um planejamento coletivo entre os setores, registrado por meio de reuniões das equipes que compõem as vigilâncias. Contudo, observou-se que as ações se apresentaram desarticuladas. O processo de planejamento deve ser participativo/coletivo desde os seus primeiros passos (3).

Todos participam. Geralmente, o coordenador solicita que cada subcoordenadoria faça seu planejamento. Os técnicos de cada área fazem o planejamento do seu programa. Geralmente, tem um evento geral de um ou dois dias, em que são apresentadas todas as ações do planejamento, exatamente para tentar melhorar essa articulação, ver as sugestões e o que pode ser feito em conjunto. (Ganso-do-Canadá)

Embora o discurso supracitado indique a participação de todos os atores no planejamento, percebe-se, em seguida, uma contradição ao se dizer que o planejamento inicial é realizado setorialmente pelos técnicos

das áreas que compõem a vs. Assim, as contradições internas do discurso deixam claro que, na prática, o planejamento não está sendo realizado de forma coletiva e integrada. Os trechos de fala a seguir atestam essa constatação.

Infelizmente a gente tem um modelo e é algo esquizofrênico, porque cada setor faz vigilância em saúde. Agora, integrar: isso é o grande desafio. (Biguá)

É uma inter-relação. Ela é necessária e deve ser vista dessa forma. Mas nem sempre a gente consegue, porque é àquela história: cada um na sua caixinha. (Grua)

O trabalho em equipe requer, do gestor, a composição de um conjunto de instrumentos que remete à gestão comunicativa, tais como: construção de espaços de troca entre os profissionais, estímulo às relações profissional-usuário e usuário-serviço, estímulo à autonomia das equipes, além do compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional (15-17). Ademais, foi evidenciado o reconhecimento dos instrumentos orientadores de gestão do SUS, indispensáveis para um planejamento adequado.

As ações são definidas, primeiro, na origem, na criação do setor. Ele já tem a sua definição e suas atribuições propriamente ditas, criadas por lei. E para as ações anuais, temos alguns instrumentos de gestão, tipo a Programação Municipal de Saúde, que é elaborada no período de quatro anos e, anualmente, pegamos essas ações macros e adequamos à Programação Anual de Saúde. (Bobo-Escuro)

Dessa forma, o planejamento se configura como uma estratégia salutar para a identificação das necessidades de cada setor, no intuito de ser um instrumento-guia para a realização de ações pertinentes e inovadoras. Não se planeja para deixar a situação do jeito que se está, mas para construir novas e promissoras realidades (18, 19).

As discussões acerca da soberania da articulação em detrimento da fragmentação de ações no setor da vigilância sugerem a necessidade de um salto de qualidade no que toca ao desenvolvimento de ações articuladas, visto que os gestores relataram a existência de um planejamento em equipe (20). Seguindo esse raciocínio, exige-se uma base que possa permitir, conforme as orientações propostas pela PNVS, o diálogo entre seus componentes, fortalecendo a capacidade de gestão do sistema de maneira mais equânime e integral, produzindo espaços que agreguem a conformação das práticas das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, respeitando a condição concreta do escopo de cada território (2, 5).

Por sua vez, a subcategoria Localizações físicas dos setores vislumbrou o argumento de alguns gestores sobre a articulação entre os setores, demonstrando que a localização dos prédios poderia ser um fator predisponente para a (des)articulação. Os segmentos de fala apresentados abaixo denotaram isso:

Eu acho também que, pela conformação, o prédio da vigilância sanitária é separado do prédio da Sesap. Termina que a vigilância sanitária do Estado fica um pouco separada das outras. (Íbis-Eremita)

Raramente é que tem alguma ação de integração. Como a gente está no mesmo prédio, então, às vezes, quando surge alguma coisa lá, aí vem até aqui. (Canário)

Acredita-se que tal fato ainda seja fruto do paradigma da departamentalização, abordada pela Teoria Clássica de Fayol, que focalizava a estrutura organizacional em departamentos para a obtenção de uma eficiência máxima, na qual a empresa passa a ser percebida como uma síntese dos diversos órgãos que compõem a sua estrutura (21).

A subcategoria Insuficiência de recursos humanos e precarização das condições de trabalho discute sobre as dificuldades para implementação das práticas da vs. Nesse sentido, o discurso presente nas falas dos gestores foi de um número insuficiente de recursos humanos nos respectivos setores.

O pessoal está chegando próximo boa parte de aposentar, e os quadros não são renovados. Então, esse é o grande desafio. (Biguá)

A gente poderia avançar se tivesse RH. Minha grande dificuldade hoje é recursos humanos, então assim, até exigir da equipe é difícil. (Fuselo)

Os recursos humanos são elementos essenciais na atenção primária na perspectiva das redes de atenção à saúde, visto que devem atuar como protagonistas nos sistemas de governança e compreender o funcionamento logístico do sistema. Os participantes também relataram dificuldades de condições de trabalho, tais como salários atrasados, infraestrutura inadequada, equipamentos danificados e ausência de combustível para abastecer os carros e permitir a realização de viagens a serviço. A precarização revestida das diversas faces, além de predispor o trabalhador ao adoecimento físico ou mental, também impacta diretamente nas ações desenvolvidas (22, 23).

Não tem salário para pagar suas contas. Eu tenho que cobrar, mas não dou condições de motivação hoje, porque também não está na minha alçada. (Calopsita)

A gente está aqui sem telefone há vários meses, nem recebe ligação, está sem ar-condicionado, tem problema na energia e na água. Então, tudo isso acaba desviando você do seu trabalho, do seu foco. (Ganso-do-Canadá)

Essa associação não deve ser encarada com naturalidade, pois incide diretamente na qualidade dos serviços no âmbito da saúde. Um processo de trabalho salubre é determinante para alcançar as metas estabelecidas e os planos pactuados.

Na sua ordem, a subcategoria Fragilidade do setor da saúde do trabalhador expõe outra dificuldade acerca das práticas da vigilância em saúde: o setor da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Esse setor, sob o ponto de vista dos gestores, apresenta lacunas

no processo de organização e estruturação. O fato de a VISAT se encontrar com indefinições no tocante à estrutura e à organização deve ser considerado como um determinante para o (não) desenvolvimento de suas ações e, especialmente, para a articulação com os demais setores.

Ainda é muito fragmentada no organograma do município. Precisaria ter uma revisão de organograma que unificasse essa equipe e trabalhasse uma coisa única. (Calopsita)

Acerca das fragilidades do setor da saúde do trabalhador, em um estudo (24), concluiu-se que essa dificuldade apresenta raízes históricas e reflete a falta de discussão mais direcionada sobre o tema nos cursos de graduação e nos processos de educação permanente. Além disso, é forte o conceito de que as questões de saúde do trabalhador são afeitas às especialidades, por exemplo, a medicina do trabalho e a engenharia de segurança, e objeto de atuação do Ministério do Trabalho e Emprego. Esta é uma barreira a ser vencida para se efetivar a organização das ações de saúde do trabalhador no sus.

Que nos planos municipais de saúde sejam inseridas as ações em saúde do trabalhador, para que os instrumentos fiquem mais sólidos e a gente possa ter também como cobrar. (Cisne)

A criação do núcleo em si, que seja realmente mais estruturado em um único setor, porque fica muito mais fácil trabalhar as ações. (Flamingo)

É notório que a saúde do trabalhador ainda não é compreendida em sua dimensão singular, visto que a ausência de estruturação do setor reflete na implementação das ações. Alguns gestores e profissionais não reconhecem o seu papel e, por isso, quiçá o fortaleçam. Entretanto, espera-se que estudos nessa linha possam contribuir para sua efetivação.

Para Rodríguez e Montserrat (25), a Visat necessita de indicadores para avaliar o impacto de suas ações. A

ausência desses indicadores pode contribuir para a invisibilidade e para a sensação de insucesso no trabalho, pois o sofrimento, a desmotivação e a ansiedade dos profissionais são motivados pelo vazio deixado pela incerteza sobre os frutos do próprio trabalho e pela falta de reconhecimento institucional.

Convém esclarecer que a apreensão dos aspectos gerenciais mais gerais sobre a vs, neste estudo, foi uma opção de pesquisa. O detalhamento de cada componente da vs, pela complexidade do escopo de cada parte, exigiria estudos adicionais, de forma que a falta de aprofundamento sobre as especificidades de cada campo pode caracterizar uma limitação. Assim, as concepções específicas sobre as vigilâncias: epidemiológica; ambiental e sanitária não emergiram nas falas dos gestores. Tal fato pode ter representado um viés do instrumento de coleta.

Finalmente, a Satisfação com a qualificação da equipe foi a subcategoria que expressou apontamentos positivos do processo de trabalho na vs. Os gestores demonstraram satisfação com o trabalho que realizam, apontando também, a qualificação e o compromisso da equipe como facilidades para a prática da vs.

A nossa satisfação é que temos uma equipe altamente qualificada. (Grua)

Os técnicos são bem envolvidos, bem comprometidos. (Ganso)

Não estou satisfeita, queria muito mais. (Cisne)

Poucos gestores demonstraram insatisfação com o trabalho realizado e, quando o fizeram, foram motivados pelas dificuldades relatadas anteriormente. Para os autores de um estudo (26), a qualificação profissional vai além dos diplomas, das habilitações específicas e da complexidade das tarefas, perpassa pelo grau de autonomia, pela capacidade para tomar decisões e assumir responsabilidades.

Esse resultado torna-se natural quando comparado às dificuldades relatadas pelos gestores, pois podem causar insatisfações no tocante à realização das atividades nos setores da vigilância. Entretanto, a maioria dos gestores enfatizou a satisfação com a qualificação da equipe. Dessa forma, é relevante considerar a imperiosa contribuição do trabalho em equipe para a superação das dificuldades elencadas, representando a disposição e o compromisso dos gestores, fazendo crer que contribuem para elevar, sobremaneira, a

sua autoestima à medida que induzem sentimentos positivos, refletidos através da satisfação com a qualificação da equipe e com o trabalho realizado.

Esse fato é bastante relevante, tendo em vista as dificuldades gerais apresentadas. Assim, ao invés de os gestores se mostrarem desmotivados, eles demonstraram satisfação com a realização do trabalho e com a equipe. A qualidade e o sucesso do setor gerencial podem estar nos frutos que se colhem do processo.

Nessa direção, cabe (re)pensar no contraditório: a desfragmentação, uma vez que não há como falar apenas em articulação, quando já se percebem processos de fragmentação das ações da vs. Faz-se necessário debater de forma a encontrar caminhos para imprimir as mudanças, desde o nível local até as instâncias superiores, responsáveis pela normatização e pela fiscalização dos setores.

Destaca-se como limitação do estudo, o fato de que as análises partiram apenas do ponto de vista dos gestores da vs, fazendo-se necessário o olhar de outros sujeitos implicados no processo. Realizar mudanças no perfil dos profissionais, certamente, é mais desafiador quando se adentra aos serviços de saúde. Atualizar e capacitar a força de trabalho parece não produzir, a curto prazo, os efeitos esperados, sobretudo quando os vícios já estão cristalizados nas práticas profissionais, dentro dos serviços.

Conclusões

O estudo abordou reflexões acerca das concepções e práticas da vs. Os gestores compreendem a vs como um modelo de atenção indispensável para o SUS no Brasil, apontando para uma amplitude de escopo, além da necessidade de mudança da prática instituída, uma vez que se encontra desarticulada.

Perceberam-se incoerências internas no discurso sobre a efetivação do planejamento coletivo. Observaram-se contradições entre o dizer e o fazer à medida que o planejamento coletivo não se refletiu em ações articuladas entre as diversas vigilâncias. A desarticulação foi justificada, por alguns, em virtude da localização física dos setores. Já a insatisfação foi indicada pelas dificuldades inerentes aos setores.

Assim, é necessário repensar o itinerário formativo conduzido pela academia, em busca da indissociabilidade da atenção-prevenção-assistência, reforçando a necessidade da interação ensino-serviço, espe-

cialmente, no que toca ao ensino junto aos futuros profissionais de saúde, de forma a (re)introduzir novas práticas nos serviços de saúde.

Sugere-se estimular os gestores em direção à sensibilização nos diversos setores da vs, com vistas a uma transformação em suas práticas. Nessa direção, aponta-se a necessidade de realização permanente de monitoramentos e avaliações das ações, de forma concomitante aos diálogos com apoiadores, gestores, profissionais e usuários.

Apoio financeiro

O estudo não recebeu apoio financeiro.

Referências

- (1) Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2016. <https://bit.ly/3kp9OTD>
- (2) Garcia LP; Duarte E. 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e20180002. <http://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200020>
- (3) Franco Netto G; Villardi JWR; Machado JMH; Souza MS; Brito IF; Santorum JA *et al*. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc. saúde colet*. 2017;22(10):3137-3148. <http://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>
- (4) Bezerra LCA; Felisberto E; Costa JMBS; Alves CKA; Hartz Z. Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. *Ciênc. saúde colet*. 2020; 25(12):5017-5028. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.31712018>
- (5) Okumoto O; Brito SMF; Garcia LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018;27(3):e2018318. <http://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300018>
- (6) Bezerra LCA; Felisberto E; Costa JMBS; Hartz Z. *Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação*. *Physis*. 2019;29(1):e290112. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290112>

- (7) Silva JFM; Carvalho BG. Vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. *Espaç. saúde (Online)*. 2017;18(1):184-195. <http://doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p184>
- (8) Varela-Lema L; Atienza-Merino G; López-García M. Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. *Gac Sanit*. 2017;31(4):349-357. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.015>
- (9) Noguer I; Alonso JP; Arteagoitia JM; Astray J; Cano R; Pedro J *et al.* Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable. *Gac Sanit*. 2017;31(4):283-285. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.002>
- (10) Guerra J; Acharya P; Barnadas C. Community-based surveillance: A scoping review. *PLoS One*. 2019;14(4):e0215278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215278>
- (11) Williams F; Oke A; Zachary I. Public health delivery in the information age: The role of informatics and technology. *Perspect Public Health*. 2019;139(5):236-254. <https://doi.org/10.1177/1757913918802308>
- (12) Piza Burgos ND; Amaquema Márquez FA; Beltrán Baquerizo GE. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Conrado*. 2019;15(70):455-459. <https://bit.ly/2UPXNXj>
- (13) Camargo BV; Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol*. 2013;21(2):513-518. <http://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- (14) Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- (15) Montserrat i Nonó J; Rodríguez-Jareño MC. El mito de Sisifo y la vigilancia de la salud. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2018;21(2):87-89. <http://doi.org/10.12961/apr.2018.21.02.5>
- (16) Klingler C; Silva DS; Schuermann C; Reis AA; Saxena A; Strech D. Ethical issues in public health surveillance: A systematic qualitative review. *BMC Public Health*. 2017;17:295. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4200-4>
- (17) Groseclose SL; Buckeridge DL. Public Health Surveillance Systems: Recent advances in their use and evaluation. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:57-79. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044348>
- (18) Mininel VA; Geraldi L; Miranda FM; Griggio AP; Silva JAM; Appenzeller S. Professionals competences for worker health surveillance. *Occup Environ Med*. 2018;75(suppl. 2):A104. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-ICOAbstracts.298>
- (19) Silva GCS; Querino RA; Borges RD; Ivancko GM; Silva MI; Limongi JE. Relações entre Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde na perspectiva de médicos de equipes de saúde da família em Minas Gerais, Brasil: uma análise qualitativa. *Saude soc*. 2020;29(4):e191007. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020191007>
- (20) Espelt A; Continente X; Domingo-Salvany A; Domínguez-Berjón MF; Fernández-Villa T; Monge S *et al.* La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2016; 30(suppl. 1):38-44. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
- (21) Ribeiro DA; Silva ALB; Lacerda LM; Lacerda JN; Viana VAO; Batista JPS *et al.* Teorias de administração nas instituições de saúde. *Revista Uningá*. 2019;56(2):50-61 <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2753>
- (22) Noguer Zambrano I. La vigilancia de la salud pública como instrumento para el control de enfermedades y factores de riesgo y sus aplicaciones a la salud laboral. *Med. Secur. Trab*. 2016; 62 (suppl. extra):35-42. <http://short.gy/S3QNJV>
- (23) Basantes VV; Parra FC; García DJ; Almeda BY; Martínez GG. Elaboración de un protocolo para la vigilancia de la salud laboral. *Rev. Med. Electrón*. 2017;39(2):188-199. <https://bit.ly/3koLFm7>
- (24) Albuquerque AC; Cesse EAP; Felisberto E; Samico IC; Frias PG. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(suppl. 2):e00065218. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00065218>
- (25) Rodríguez-Jareño MC; Monserrat i Nonó J. ¿Es posible mejorar la utilidad preventiva de la vigilancia de la salud de los trabajadores en el actual marco normativo? *Arch Prev Riesgos Labor*. 2017; 20(2):80-101. <http://short.gy/Sgk JW3>
- (26) Souza MS; Machado JMH; Lima ASG; Fenner ALD; Knierim GS; Corrêa VS. Educação, promoção e vigilância em saúde: integração entre saberes e práticas com movimentos sociais camponeses. *Com. Ciências Saúde*. 2017;28(02):168-177. <https://doi.org/10.51723/ccs.v28i02.217>