



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ABAETETUBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIDADES TERRITÓRIOS E
IDENTIDADES (PPGCITI)
LINHA 1: POLÍTICAS PÚBLICAS, MOVIMENTOS SOCIAIS E TERRITÓRIOS

GRACILENE FERREIRA PANTOJA

**POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE
GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO EM
TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA PARAENSE**

ABAETETUBA, PA
2021

GRACILENE FERREIRA PANTOJA

**POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE
GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO EM
TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA PARAENSE**

Dissertação apresentada junto a Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do grau de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Cidades, Territórios e Identidades (PPGCITI).

Linha 01: Políticas Públicas, Movimentos Sociais e Territórios.

Orientador: Prof. Dr. Yvens Ely Martins Cordeiro

.

ABAETETUBA, PA
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará

Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P198p Pantoja, Gracilene Ferreira.
Política de Vigilância em Saúde: avaliação do processo de
gestão e execução das atividades de implementação em território da
Amazônia Paraense / Gracilene Ferreira Pantoja. — 2021.
105 f. : il. color.

Orientador : Prof. Dr. Yvens Ely Martins Cordeiro
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Campus Universitário de Abaetetuba, Programa de Pós-Graduação
em Cidades, Territórios e Identidades, Abaetetuba, 2021.

1. Epidemiologia. 2. Vulnerabilidades. 3. Iniquidades em
saúde. I. Título.

CDD 300

GRACILENE FERREIRA PANTOJA

**POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE
GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO EM
TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA PARAENSE**

Dissertação apresentada junto a Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do grau de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Cidades, Territórios e Identidades (PPGCITI).

Linha 01: Políticas Públicas, Movimentos Sociais e Territórios.

Orientador: Prof. Dr. Yvens Ely Martins Cordeiro

DATA DA DEFESA: 17/11/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Yvens Ely Martins Cordeiro
(Presidente – Orientador – PPGCITI/UFPA)

Prof. Dr. Heriberto Wagner Amanajás Pena
(Membro externo – PPGTEC/UEPA)

Prof. Dr. Francinei Bentes Tavares
(Membro interno – PPGCITI/UFPA)

ABAETETUBA, PA
2021

Dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta pesquisa possa ajudar de alguma forma.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Yvens Ely Martins Cordeiro que confiou na minha força de vontade e dedicação para realizar este estudo, por suas contribuições e incentivos ao longo do desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Francinei Bentes Tavares e ao Prof. Dr. Heriberto Wagner Amanajás Pena, por suas sugestões e por aceitarem compor a minha banca examinadora.

À todos os(as) professores (as) e amigos (as) mestrandos(as) do Programa de Pós-Graduação em Cidades, Territórios e Identidades (PPGCITI).

Aos participantes desta pesquisa pela receptividade, pelo consentimento e disposição em contribuir com este estudo, meu muito obrigada.

À minha mãe, irmãos (es) e familiares que são fundamentais na minha vida e à meu pai (*in memoriam*) por ter sido o melhor do mundo. Saudades eternas!

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem. Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo.”

POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO EM TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA PARAENSE

RESUMO

Esta pesquisa avaliou o grau de atuação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVSA) em um município de médio porte do Baixo Tocantins, estado do Pará, Brasil. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (UFPA) com o número de parecer: 4.440.439 e desenvolveu-se com base nas abordagens quantitativa e qualitativa, tendo como procedimentos metodológicos: a pesquisa bibliográfica, documental e empírica, com a coleta de dados em campo ocorrida nos meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021 por meio da aplicação de questionários e observação participante junto ao Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da Vigilância em Saúde e aos coordenadores das distintas Vigilâncias, envolvendo a dimensão da gestão e execução das atividades de implementação. Os dados foram analisados com base na triangulação de métodos e na estatística univariada e multivariada e os escores foram obtidos a partir da média aritmética. Os resultados apontam que o grau de atuação da Vigilância Sanitária foi classificado como intermediário, enquanto a Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental foi insatisfatório, sendo inexistente a atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (a). Entre os pontos críticos para ambas, destacam-se as subdimensões: recursos materiais e tecnológicos; gestão da informação, execução das ações; monitoramento e resolubilidade por metas, sendo a gestão do processo o indicador mais bem avaliado. As fragilidades constatadas relacionam-se com a insuficiência de recursos físicos para o trabalho administrativo e de campo, desafios com relação ao banco de dados da VS municipal e a periodicidade das ações obrigatórias e de promoção em saúde, as quais ocorrem conforme as condições do serviço, ausência de avaliação interna e inexistência de canais de comunicação direto com a população, além disso os profissionais encontravam-se insatisfeitos com o trabalho. Os dados evidenciam ainda que há um grande desafio técnico e gerencial para conduzir a política e articular com os diferentes territórios na implementação das ações, havendo a necessidade de iniciativas múltiplas para viabilizá-la, como a formação dos agentes que possibilite uma compreensão mais adequada da política, pois são vários os saberes inerentes à vigilância em saúde que precisam ser trabalhados em uma lógica de integração desses saberes; mais investimentos financeiros; elaboração e discussão das metas em conjunto com a população para que elas atendem aos seus anseios e as reais necessidades do contexto atual, monitoramento e avaliação contínua para melhorar a eficácia da política e garantir uma atuação mais efetiva no contexto dinâmico e heterogêneo que são os territórios da Amazônia, sendo crucial o apoio efetivo do poder público local e estadual para que as ações e transformações aconteçam na prática.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Vulnerabilidades. Iniquidades em Saúde

HEALTH SURVEILLANCE POLICY: EVALUATION OF THE MANAGEMENT AND EXECUTION PROCESS OF IMPLEMENTATION ACTIVITIES IN THE TERRITORY OF PARAENSE AMAZÔNIA.

ABSTRACT

This research evaluated the degree of action of the National Health Surveillance Policy (PNVSA) in a medium-sized municipality in Baixo Tocantins, Pará State, Brazil. The project of this research was approved by the Ethics and Research Committee of the Institute of Health Sciences (UFPA) with the number of opinions: 4,440,439 and was developed based on quantitative and qualitative approaches, based on methodological procedures: bibliographic, documentary and empirical research, with the collection of field data that occurred in December 2020 and January 2021. As instruments in the data collection, three (03) distinct questionnaires were used, addressed to: Municipal Health Secretary, Health Surveillance Coordinator and a common to the coordinators of the different Surveillance, involving the dimension of the management and execution of the activities of implementation of the Sanitary Surveillance (VISA), Epidemiological Surveillance (VE), Environmental Health Surveillance (VSA) and Health Surveillance of the Worker (VISAT), using for the field data the methods and techniques adopted by Donateli, et. Al. (2017) and Donabedian (2005), in addition to participant observation, and for bibliographic and documentary research, triangulation of methods was used. The results indicate that the degree of action of VISA in the municipality of study was classified as intermediate, while the VE and VSA was unsatisfactory, and VISAT performance was nonexistent. Among the critical points for both, the sub-dimensions stand out: material and technological resources; information management, implementation of actions; monitoring and resolution by goals, and process management is the best evaluated indicator. The weaknesses observed are related to the lack of physical resources for administrative and field work, challenges in relation to the municipal SV database, the periodicity of mandatory actions and health promotion occurs according to the conditions of the service, the internal evaluation of VS does not always happen, there are no channels of direct communication with the population, in addition, the professionals were dissatisfied with the work. The data also show that there is a great technical and managerial challenge to conduct the policy and articulate with the different territories in the implementation of actions, and there is a need for multiple initiatives to enable it, such as the training of agents that allows a more adequate understanding of the policy, because there are several knowledges inherent to health surveillance that need to be worked on a logic of integration of these knowledges; more financial investments; elaboration and discussion of the goals together with the population so that they meet their longings and the real needs of the current context, monitoring and continuous evaluation to improve the effectiveness of the policy and ensure a more effective performance in the dynamic and heterogeneous context that are the territories of the Amazônia, being crucial the effective support of the public power local and state so that actions and transformations happen in practice.

KEYWORDS: Epidemiology. Vulnerabilities. Health Inequities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa de localização de Igarapé-Miri, Pará, Brasil.....	21
Figura 02 – Modelo lógico da Vigilância em Saúde.....	25
Figura 03 – Ciclo de vida das políticas públicas.....	34
Figura 04 – Componentes da VS.....	45
Figura 05 – Funções da Vigilância Epidemiológica.....	49
Figura 06 – Modelo Força motriz.....	52
Figura 07 – Fatores ambientais de risco biológicos.....	53
Figura 08 – Fatores ambientais de riscos não biológicos.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Pontuação dos critérios e indicadores da VS em Igarapé, Miri, Pará, Brasil.....69

Tabela 03 – Escores segundo níveis de atuação relativos às dimensões da VS em Igarapé-Miri, Pará.....72

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Síntese sobre a institucionalização das vigilâncias que integram a PNVSA no Brasil.....59

Quadro 02 – Matriz sobre a pontuação dos critérios e indicadores, consensuada por especialistas, por dimensões e subdimensões do modelo lógico da Vigilância em Saúde.....62

LISTA DE SIGLAS

AC	Acre
AM	Amazonas
AP	Amapá
APP	Análise de Políticas Públicas
APS	Atenção Primária em Saúde
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Corona Virus Desease.
DTNs	Doenças Tropicais Negligenciadas
DC	Doença de chagas
MCPLCP	Mesa de Concertação para a Luta Contra a Pobreza
FINDECHAGAS	Federação Internacional das Pessoas afetadas pela Doença de Chagas
PNVSA	Política Nacional de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pará
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RN	Região Norte
RO	Rondônia
RR	Roraima
TO	Tocantins
SINAN	Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação
SINVAS	Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador e da trabalhadora
VSA	Vigilância em Saúde Ambiental

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	16
2. CAPÍTULO I-METODOLOGIA.....	20
2.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	20
2.3 LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ESTUDO.....	20
2.4 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	22
2.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	23
2.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	26
3. CAPÍTULO II: POLÍTICAS PÚBLICAS E TERRITÓRIOS: REFLEXÕES NO ÂMBITO DO CONTEXTO SOCIOTERRITORIAL DA AMAZÔNIA PARAENSE.....	27
3.1 TERRITÓRIO EM MUDANÇA: ELEMENTO A SE PENSAR AS POLÍTICAS PÚBLICAS VINCULADAS À EPIDEMIOLOGIA NA AMAZÔNIA.....	29
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS SOCIAIS, ESTADO E DEMOCRACIA.....	32
4. CAPÍTULO III: POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVSA) NO BRASIL: HISTÓRICO, CONSTITUIÇÃO E ESTRUTURA.....	42
4.1 COMPONENTES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	45
4.1.1 Vigilância Sanitária.....	46
4.1.2 Vigilância Epidemiológica.....	48
4.1.3 Vigilância em Saúde Ambiental.....	50
4.1.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.....	56
5. CAPÍTULO IV: GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO RELACIONADAS À VE, VSA, VISA, VISAT.....	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
APÊNDICE (A) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	85
APÊNDICE(B) QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL: SECRETÁRIO DE SAÚDE.....	87
APÊNDICE(C) QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AO COORDENADOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	90

APÊNDICE(D) QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL COMUM A TODAS AS VIGILÂNCIAS: EPIDEMIOLOGICA, SANITÁRIA, EM SAÚDE AMBIENTAL E DO TRABALHADOR (A).....	94
ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	101

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVSA) constitui-se como um grande marco para o setor de saúde, sendo instituída pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 588/12 de Julho de 2018, a qual viabiliza uma abordagem mais integrada entre a Vigilância Sanitária (VISA), Epidemiológica (VE), Ambiental (VSA) e Saúde do (a) Trabalhador (a) (VISAT) as quais possuem distintos graus de desenvolvimento e institucionalização, sendo as duas primeiras com origens muito anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as demais com surgimento após à constituição de 1988 e implantação do SUS.

A PNVSA é uma política de estado e função essencial do SUS tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público, o qual tem autonomia para a organização das ações estratégicas nos territórios. (BRASIL, 2018)

O modelo baseado na Vigilância em Saúde está voltado para a busca de respostas efetivas, articulando e integrando ações que estejam direcionadas as situações específicas de cada território. Netto et. al. (2017) afirmam que considerar o território nas coletas de dados para a saúde é essencial para que a atuação da vigilância em saúde alcance bons resultados, pois é no território que acontecem as relações de vida e trabalho e os diversos aspectos inerentes a estes.

Pode-se considerar que o território é um elemento fundamental para se pensar a gestão estratégica da PNVSA, sobretudo, no âmbito do contexto dos territórios da Amazônia Paraense, os quais são dinâmicos e heterogêneos e merecem ser considerados de acordo com as suas particularidades e/ou singularidades, principalmente no cenário epidemiológico atual, onde muitas cidades encontram-se com alterações no perfil epidemiológico da população no que concerne as doenças endêmicas como apontaram os estudos de Santos et. al. (2013), Oliveira, et. al. (2016) Silva, et.al. (2018); e Oliveira; Pontes e Caetano (2020), Silva; Aviz e Monteiro (2020), Parente, et. al (2020), Vilhena, et. al. (2020) Moraes, et. al. (2021).

De acordo com os referidos autores há um elevado número de casos confirmados de DTNs (Doenças Tropicais Negligenciadas) no estado do Pará, com destaque para os municípios da região de integração do baixo Tocantins, estando Igarapé-Miri incluso

nesse cenário. O maior quantitativo se dá no diagnóstico da Doença de Chagas (DC) ou Tripanossomíase americana¹, dengue² e leishmaniose.³

Moraes, et. al. (2021) afirmaram que os dados coletados de DC no período de 2010 a 2019 nas diferentes regiões brasileiras, apontou que o maior número de casos novos concentravam-se majoritariamente na Região Norte (RN) do Brasil que compreende os estados do Acre (AC), Amazonas (AM), Amapá (AP), Pará (PA), Rondônia (RO), Roraima (RR) e Tocantins (TO), possuindo 94,80% do total de casos notificados no período estudado, onde foram diagnosticados 2.353 casos da DC, um quantitativo expressivo que representa uma preocupação em relação à saúde dos nortistas. Dentre os estados que constituem a RN, o PA é o que apresenta o maior número de casos de DC aguda com um total de 1.990 (mil novecentos e noventa) notificações, não só em relação aos outros estados do Norte, mas também a todos do Brasil, sinalizando uma fragilidade no sistema de vigilância em saúde.

A fragilidade da vigilância em saúde é comprovada pelos referidos autores ao constatarem que o sistema de vigilância não considera o perfil completo da população que reside nesses territórios, pois no momento da coleta de dados, constatou-se que a escolaridade dos pacientes na maioria dos casos foi informada como ignorada (91,67%). podendo agravar o quadro dos pacientes infectados e provavelmente pode ser um sinal de dificuldade na prevenção.

Sendo este um fator preocupante e que merece atenção dos órgãos públicos para que seja considerado as especificidades da população desses territórios no planejamento das ações de saúde, sobretudo, nos municípios paraenses no Baixo Tocantins, os quais possuem uma dinâmica territorial peculiar, muitos atrelados aos modos de produção e a sua própria configuração espacial, em que boa parte da extensão territorial é constituída de ilhas, onde se localizam comunidades distantes das sedes municipais, e que precisa-se no mínimo, o conhecimento do número e perfil das pessoas para que aconteçam ações estratégicas. Além disso, a estrutura urbana paraense implica diversidade de cidades que guardam característica de exploração e povoamento sendo que a grande maioria dos municípios (61,11/%) possui baixo grau de infraestrutura revelando baixo desempenho

¹ Doença infecciosa causada por um protozoário e parasita (*Trypanosoma cruzi*) encontrado nas fezes do inseto barbeiro (triatomíneo) infectado.

² Doença viral transmitida por mosquitos que ocorre em áreas tropicais e subtropicais.

³ Doença infecciosa, causada por parasitas do gênero *Leishmania* através da picada de fêmeas do inseto vetor infectado.

nos mais variados indicadores socioambientais e econômicos como pontua Rebello; et. al. (2021).

O documento intitulado Estatísticas Municipais Paraenses divulgado em 2020 pela Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA) ao traçar o perfil socioeconômico dos municípios paraenses revelam as suas vulnerabilidades socioeconômicas. Um exemplo destacado por Oliveira; Pontes e Caetano (2020) são os municípios de Abaetetuba e Barcarena, embora este seja um município-sede que possui grande empreendimento na área da mineração:

No município de Abaetetuba, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (**IDHM**) é 0,5. Na área da **educação**, seu índice foi de 0,5 (de 2007 a 2011) para 0,6 (de 2012 a 2016), passando de regular para moderado. Na área de **emprego e renda**, seu índice variava entre 0,4 e 0,5, mantendo-se na faixa de desenvolvimento regular. E na área da **saúde**, o índice oscilou bastante, pois em 2007 era 0,3 (baixo desenvolvimento), de 2008 a 2012 foi para 0,5 (desenvolvimento regular), 2013 chegou a 0,6 (desenvolvimento moderado), mas regrediu de 2014 a 2016, com índice igual a 0,4 (desenvolvimento regular). Quanto ao **IDHM de Barcarena**, entre 2007 e 2016, foi de 0,6, o que o coloca na faixa de desenvolvimento moderado. Na área da **educação**, seu índice passou de 0,5 para 0,6, passando assim de desenvolvimento regular para desenvolvimento moderado. No setor de **emprego e renda**, o índice teve pequenas oscilações entre 0,6 e 0,7, mantendo-se sempre na faixa de desenvolvimento moderado. E, por fim, na área da **saúde**, o índice passou de 0,5 para 0,7, saindo da faixa de desenvolvimento regular para moderado. (OLIVEIRA; PONTES & CAETANO, 2020)

Os referidos autores ressaltam ainda que nesse contexto há elevado índice de DTNs, havendo a necessidade da implementação de programas que visem a erradicação dos agravos, assim como ampliação dos investimentos em educação e saneamento básico para que as iniquidades sociais sejam minimizadas, sendo que a organização dos dados sobre o perfil dos municípios aumenta a possibilidade de acertos na tomada de decisão.

Além disso, Moraes, et. al. (2021) afirmaram que o aumento do número de casos de DTNs gera a necessidade de estruturar uma Vigilância Epidemiológica na região mais eficiente, visando melhorias nas ações de prevenção e controle. Ademais, há a necessidade de qualificação das ações de vigilância em saúde no SUS, por meio de ações de educação permanente, monitoramento e avaliação junto às equipes de saúde.

A necessidade de atenção ao setor da vigilância em saúde, tornou-se ainda mais evidente no contexto da pandemia da doença do coronavírus (COVID-19; em inglês: *Corona Virus Disease*) que precisou de todo um aparato de estrutura e investimentos para que diversas ações pudessem acontecer, no entanto no Brasil, em âmbito municipal Donateli, et. al (2017) já afirmara que ainda se apresentam fragilidades no planejamento e gestão na área de Vigilância em Saúde, mesmo com a descentralização das ações básicas

das vigilâncias, evidenciando assim a importância da avaliação de políticas nesse setor para aumentar a sua eficácia e subsidiar ações estratégicas nos territórios.

Ao se falar em avaliação, é importante ressaltar que não existe, no plano conceitual, consenso na literatura sobre o que seja avaliação e que essa é uma terminologia que apresenta muitos sentidos, pois há uma correspondência com os diferentes paradigmas do conhecimento, isto é, um conjunto dos supostos ontológicos, epistemológicos ou metodológicos. (ALVES & ACEVEDO, 2002); (SOUZA, 2019). De qualquer forma, há um consenso entre diferentes autores de que a avaliação deve levar a um juízo de valor sobre o objeto avaliado.

Nesse sentido, o objetivo geral desta pesquisa consistiu em avaliar o grau de atuação da PNVSA em um município de médio porte no Baixo Tocantins, PA, Brasil. Os objetivos específicos consistiram em: 1) Identificar e descrever o histórico de constituição da PNVSA e seus componentes 2) Descrever e analisar organização estrutural da política e seus componentes; 3) Caracterizar e analisar o processo de gestão e execução das atividades de implementação relacionadas à VE, VSA, VISA e VISAT no município de estudo.

O Capítulo I desta dissertação trata da metodologia adotada no desenvolvimento da pesquisa, ou seja, os caminhos traçados para se alcançar os objetivos propostos, contendo os aspectos éticos, a abordagem, os procedimentos, tratamento e análise dos dados, de forma detalhada.

O Capítulo II aborda sobre o referencial teórico preliminar que trata de discussões voltadas especificamente para as políticas públicas no âmbito dos territórios da Amazônia Paraense. As discussões teóricas traçam um panorama do contexto dos territórios, partindo das conceituações sobre este, considerando as mudanças/alterações que ocorrem como um subsídio para se pensar as políticas públicas. As discussões posteriores abordam sobre a categoria de políticas públicas, conceituação, ciclos e o papel da sociedade, dos diversos atores e do Estado frente aos contextos elucidados.

O Capítulo III está voltado para o histórico da PNVSA, constituição, organização estrutural, tratando de todos os seus componentes, entre eles: VE, VSA, VISA, VISAT dentro de suas particularidades.

O capítulo IV aborda especificamente sobre a atuação da PNVSA no município pesquisado, contemplando a dimensão da gestão e execução das ações neste território relacionadas às atividades de implementação dos componentes da política a partir da concepção da gestão e atores da política.

2. CAPÍTULO I - METODOLOGIA

A seguir são relatados de que maneira foi realizada esta pesquisa, o *lôcus* de estudo e público-alvo, a forma como os dados foram coletados e analisados para que fosse possível atingir os objetivos propostos.

2.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

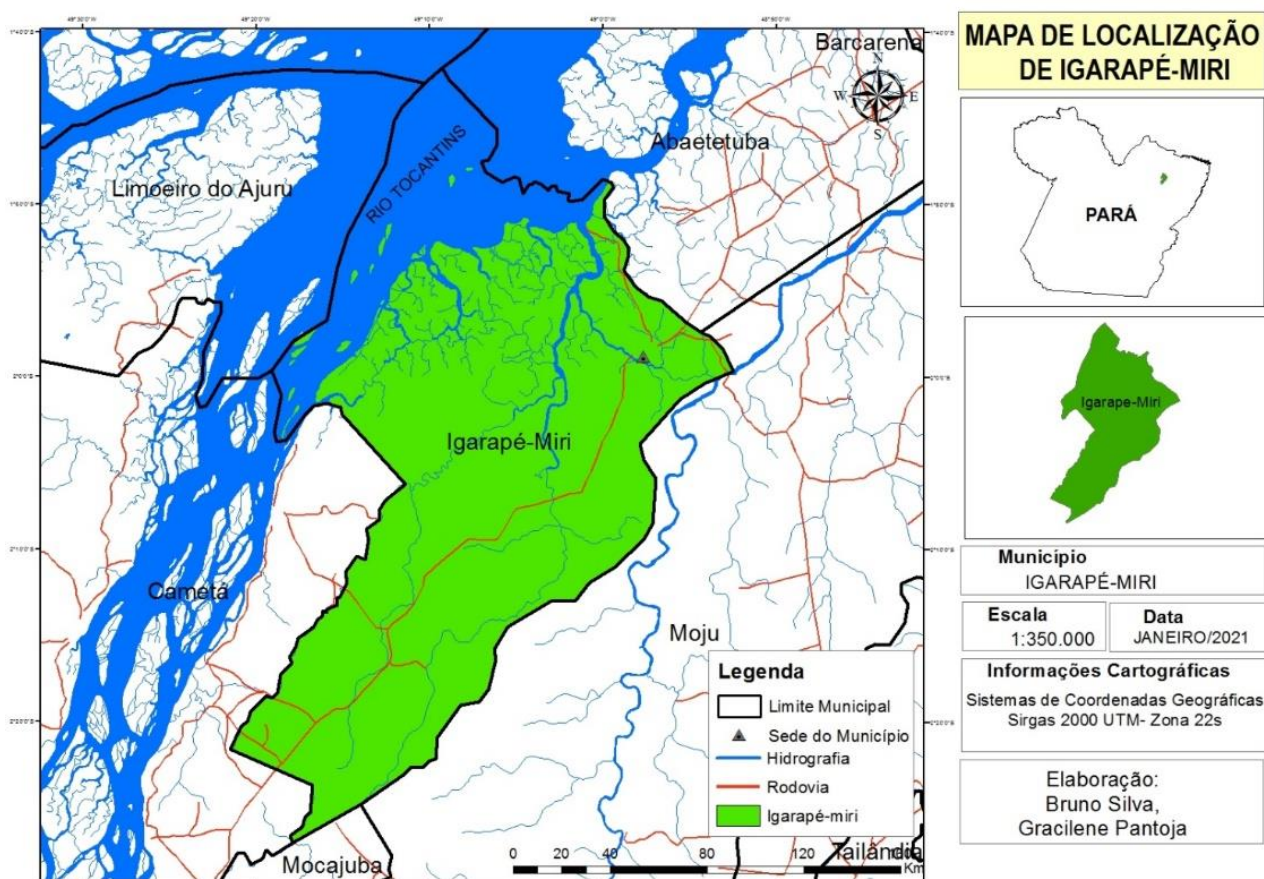
O projeto de pesquisa foi inicialmente submetido e aprovado no sistema da Plataforma Brasil e Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde (UFPA) com o número do parecer: 4.440.439 (ANEXO) para então acontecer a pesquisa de campo que se deu após a apresentação, discussão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) conforme as disponibilidades dos sujeitos da pesquisa.

2.2 LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ESTUDO

O município de Igarapé-Miri, pertence à Mesorregião do Nordeste Paraense e está localizado na margem direita do rio homônimo, na zona fisiográfica Guajarina, região de integração do Baixo-Tocantins. Limita-se ao Norte com o município de Abaetetuba, a Leste com o município de Moju; ao Sul: município de Cametá e Moju e a Oeste: municípios de Cametá e Limoeiro do Ajuru. (Figura 01)

O mesmo é dividido em 08 (oito) distritos: Igarapé-Miri (sede), Maiauatá, Anapu, Alto Meruí, Meruí-açu, Panacauera, Cají e Pindobal, possuindo área territorial de 1.996, 790 km² com uma população estimada de 63.036 pessoas e densidade demográfica de 29, 08 hab/ km². (IBGE, 2020). A sede municipal tem as seguintes coordenadas geográficas 1° 58' 30" S 48° 57' 36" O.

Figura 01: mapa de localização de Igarapé-Miri, Pará, Brasil.



Fonte: elaborado pela autora do trabalho

Igarapé-Miri, é conhecido como a capital mundial do açaí, por ser o maior produtor e exportador do fruto no mundo, título confirmado pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) que em estudo divulgado no ano de 2017, aponta que o município chega a produzir 305, 6 mil toneladas, equivalente a 28% da produção nacional, o que lhe confere uma dinâmica territorial com características peculiares, devido sua expansão em larga escala.

Estudos realizados por Almeida; et. al. (2021) revelam que o aumento da produção do açaí neste município, bem como outros cultivos que o antecederam, geraram pressões sobre o ecossistema, resultando em diversas alterações socioambientais, sobretudo, no ambiente de várzea, podendo em última instância interferir na saúde das pessoas. Além dessas transformações ambientais que vem ocorrendo no município, autores como Silva, et. al. (2018) apontam mudanças no perfil epidemiológico da população, como confirma o Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Nesse sentido, a escolha por este município de estudo se justifica pela dinâmica e realidades

apresentadas, pois implica em riscos à saúde da população, sobretudo, nesse contexto territorial marcado por profundas mudanças e vulnerabilidades socioambientais.

2.3. ABORDAGEM DA PESQUISA

Esta pesquisa se desenvolveu com base na abordagem qualitativa e quantitativa. Trata-se de duas abordagens com características bem distintas, mas ambas dentro do mesmo método científico, partindo do princípio da integração entre elas e das especificidades de cada uma. (SERAPIONI, 2000)

A pesquisa quantitativa supõe um universo de objetos de investigação que são comparáveis entre si, ao tempo que utiliza de indicadores numéricos sobre determinado fenômeno investigável. Enquanto a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de sentidos, significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um fazer científico focado nas relações, nos processos e nos fenômenos que não devem ser tratados pela racionalização de variáveis. (MUSSI, et. al. 2019)

De acordo com Serapioni (2000) os métodos quantitativos são fortes em termos de validade externa, porém débeis em validade interna, enquanto os métodos qualitativos são fortes em validade interna e débeis em validade externa. Por isso, é muito importante poder contar com achados obtidos com métodos qualitativos e quantitativos, que permitem garantir um razoável grau de validade externa e interna. Dessa forma, é possível também formular políticas e programas de intervenção concretos e adequados às particularidades de todos os setores sociais que se pretende atingir.

A escolha por estas duas abordagens se justificam pelo fato de ambas permitirem a compreensão tanto dos aspectos particulares quanto gerais da PNVSA, os quais estão relacionados a sua estruturação, à dimensão da gestão e execução das atividades de implementação das ações por meio das concepções dos diversos atores que atuam na implementação, onde são utilizados indicadores que servem de parâmetros quantificáveis e qualificáveis dos resultados.

De acordo com Serapioni (2000, p. 188-190) “as experiências das pesquisas de campo, baseadas em uma perspectiva mais pragmática e menos orientada para um *sectarismo* epistemológico, sugerem que da combinação das duas abordagens (cada uma no seu uso apropriado) é possível obter ótimos resultados.” Desta feita, “a contraposição entre qualidade e quantidade torna-se, portanto, matizada, e a integração, inevitável.”

2.4. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Quanto aos procedimentos, foi realizada a **pesquisa bibliográfica**, ou de fonte secundária, a qual segundo Marconi e Lakatos (2007) consiste em toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações como boletins, artigos científicos, monografias e livros, até meios de comunicação orais: rádios, gravação em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisões. Em suma, consiste em tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto.

Neste caso, os critérios de inclusão foram: Boletins Epidemiológicos, anais de congressos, monografias, livros e artigos de periódicos científicos, bem como conferências que estivessem relacionados com a temática de pesquisa em questão, neste caso a Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil, seu histórico, constituição e estrutura.

A pesquisa das produções científicas ocorreu em dois momentos: o primeiro entre Novembro de 2019 a Março de 2020 e o segundo em outubro de 2021 por meio de diversos sítios eletrônicos, acervos de bibliotecas virtuais, periódicos científicos nacionais e internacionais e google acadêmico. Os termos utilizados na pesquisa foram: “vigilância em saúde”, “vigilância epidemiológica”, “vigilância em saúde ambiental”, vigilância sanitária e “vigilância em saúde do trabalhador (a)”, dentre outros termos relacionados ao tema central.

A seleção das produções se deu com base no ano de publicação e no detalhamento das informações presentes nestas, sendo priorizadas as obras mais recentes sobre o tema que compreende os anos de 2016 a 2021. As obras incluídas de anos anteriores a estes se deram com base em sua relevância. A escolha dos sítios eletrônicos como meio para pesquisas das literaturas foi devido à facilidade em alcançar as informações que estão disponíveis e atualizadas no ambiente virtual. Porém, vale ressaltar que no momento das pesquisas, constatou-se que há uma escassez de produções científicas e atualizadas sobre a temática principalmente quando se trata de obras brasileiras, além disso muitas delas tendem a explorar de forma dispersa os componentes, não trazendo uma compreensão clara sobre cada um, sendo evidente a partir dos termos vigilância em saúde e epidemiológica que por vezes são confundidos como uma única categoria.

Além da pesquisa bibliográfica foi realizada no mesmo período a **pesquisa documental**, ou de fonte primária, em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos que não receberam tratamento científico. O objetivo principal é extrair

informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno. (KRIPKA; SCHELLER & BONOTTO, 2015). A escolha por este tipo de pesquisa é fundamental, pois possibilita “mergulhar” nas fontes já produzidas para um melhor entendimento da política em si, de seus fatos passados e mudanças ou reformulações ocorridas, além da obtenção de dados ser em menor custo.

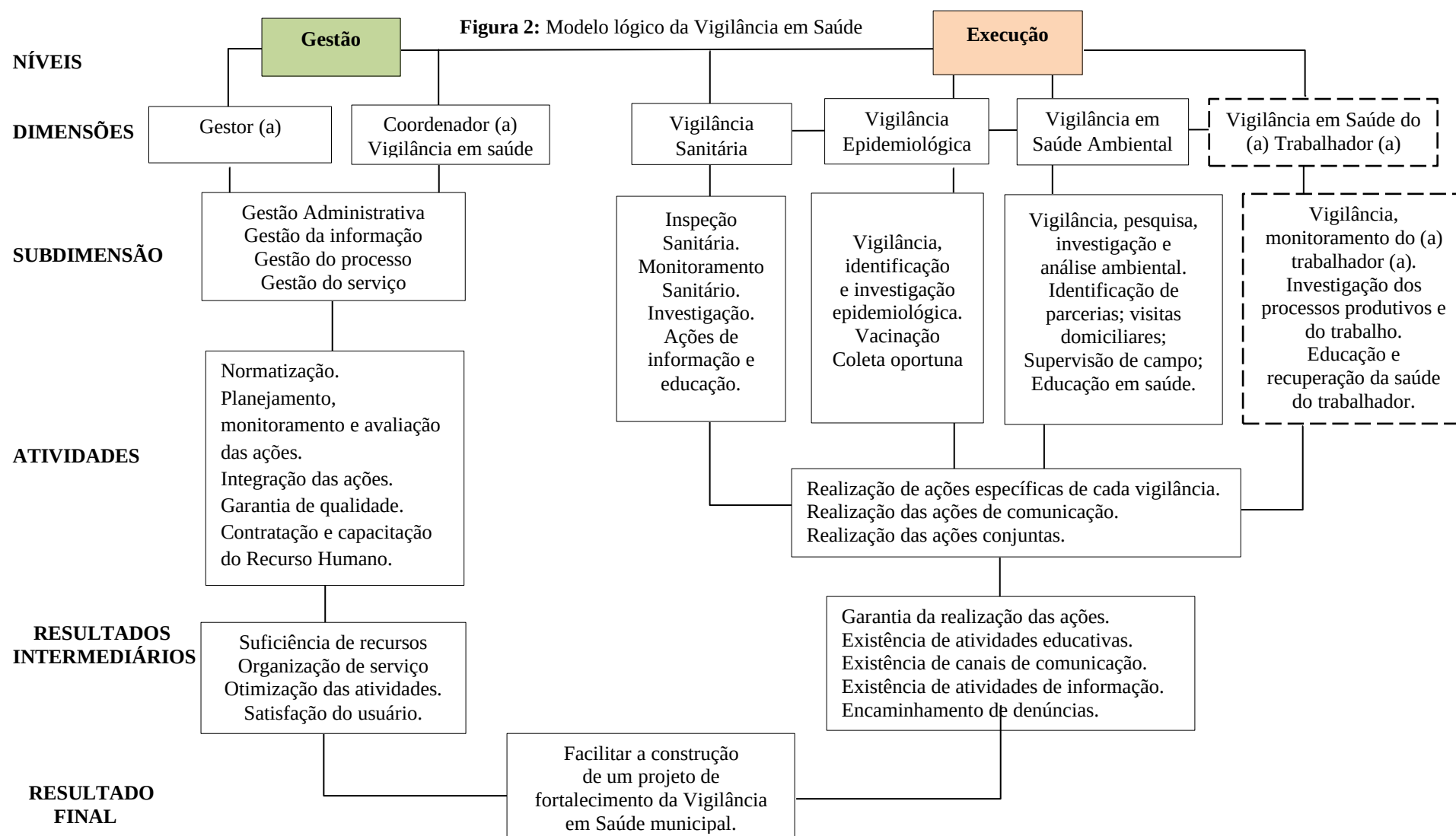
De acordo com May (2004, p. 205) “as fontes da pesquisa documental incluem documentos históricos, como leis, declarações estatutárias e relatos de pessoas sobre incidentes ou períodos nos quais elas estiveram envolvidas de fato.” Neste caso, a fonte principal foram legislações: Resoluções, Decretos, Portarias que tratassem a respeito da Política de Vigilância em Saúde no Brasil. A pesquisa por documentos foi realizada em meio eletrônico, devido a disponibilidade e facilidade com a qual é possível obtê-los, tanto diretamente, quanto por meio de outros documentos que fazem referências aos procurados. Os critérios de seleção foram com base nas legislações que estão em vigência atualmente e naquelas onde é possível compreender obter informações sobre a historicidade dos componentes da política. Após a pesquisa e seleção dos materiais, foram realizadas leituras e sínteses dos achados, os quais deram suporte para as discussões e análise propriamente dita.

Na fase seguinte da pesquisa, foi realizada a ***pesquisa empírica***, na Secretaria e Unidade de Vigilância em Saúde localizadas na sede municipal de Igarapé-Miri, Pará, onde foram realizadas visitas e diálogos com o Secretário de Saúde municipal, coordenador geral da VS e coordenadores da VISA, VSA, VE e VISAT, respeitando todos os aspectos éticos de pesquisa. Os primeiros contatos e articulações ocorreram via *Whatsapp* nos meses de outubro e novembro de 2020 e a coleta de dados ocorreu em dezembro de 2020 a janeiro de 2021 nos locais de trabalho dos mesmos obedecendo os protocolos de segurança para evitar a infecção por COVID-19.

Como instrumentos na coleta de dados, foram utilizados três (03) questionários distintos, sendo um dirigido ao Secretário Municipal de Saúde, envolvendo a dimensão da gestão. (APÊNDICE B) Um questionário com perguntas abertas e fechadas, destinado ao coordenador da Vigilância em Saúde do município, envolvendo a dimensão da execução das ações. (APÊNDICE C) Também foi aplicado um questionário comum aos coordenadores das distintas Vigilâncias: epidemiológica, ambiental, sanitária e trabalhador (a). (APÊNDICE D). No momento da coleta de dados, utilizou-se da observação participante que se deu com a interação entre pesquisadora/pesquisados. De acordo com Valladares (2007), a observação participante implica saber ouvir, escutar,

ver, fazer uso de todos os sentidos, fazer perguntas na hora certa, assim foi possível obter informações complementares aos questionários que estava sendo aplicado.

Para a construção do questionário, utilizou-se um **modelo lógico** (Figura 02) da vigilância em saúde e uma **matriz** de pontuação dos critérios de indicadores de análises para cada dimensão e subdimensões do modelo lógico, ambos adaptados do estudo de Donateli, et. al (2017) os quais foram construídos com a contribuição de uma equipe de sete (07) especialistas no tema. Nesta matriz foram atribuídos 10 pontos, divididos entre os critérios de cada subdimensão.



Fonte: Adaptação de Donateli; et. al. (2017) com inserção da vigilância em saúde do (a) trabalhador (a) e alteração do esquema visual

Um modelo lógico ajuda na visualização e compreensão das relações causais entre ações e resultados, sendo bastante comum o uso de esquemas visuais, como fluxogramas, mapas, roteiros, desenhos e fotografias de um serviço ou programa, os quais contribuem para que relacionemos de uma forma mais equilibrada os diversos componentes da realidade que, de outras formas, podem se tornar opacos ou invisíveis ao olhar. (KELLOG GFOUNDATION, 2004)

Já as matrizes, são ferramentas essenciais para organizar a lógica de uma avaliação; em outras palavras, para organizar o plano de avaliação. Para esta pesquisa, foi adotado o modelo de matriz de indicadores, adaptada do estudo de Donateli, et. al (2017).

“A definição do termo “indicador”, do ponto de vista científico varia pouco de um autor para outro. Em geral, os pesquisadores consideram que os indicadores constituem parâmetros quantificados ou qualitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados). Como uma espécie de sinalizadores da realidade, a maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido de medida e balizamento de processos de construção da realidade ou de elaboração de investigações avaliativas.” (MINAYO, 2009, p. 84)

Neste estudo, os indicadores deram a ênfase à investigação avaliativa que no contexto da política pública, nesse caso de saúde, nos coloca em um compromisso de oferecer àqueles que sustentam com seus impostos todos esses serviços, com qualidade, informações e resultados transparentes.

As questões formuladas nos questionários para a avaliação das práticas de vigilância foram adaptadas do estudo de Quesada (2016), os quais foram elaborados com base na tríade de Donabedian (2005), Estrutura, Processo e Resultado, seguindo os critérios utilizados no estudo de Donateli, et. al. (2017, p. 3441), considerando em “**Estrutura:** recursos humanos, infraestrutura, recursos materiais, recursos tecnológicos e gestão administrativa. Em **Processo:** educação continuada, gestão da informação, execução das ações, monitoramento e gestão de processos. Em **Resultados:** a satisfação profissional e resolubilidade.”

2.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O método de análise utilizado na pesquisa bibliográfica e documental do estudo sobre a política foi a triangulação de métodos com base em Marcondes e Brisola (2014), após a pesquisa e seleção dos materiais, seguimos etapas processuais interpretativas por meio de 1) leituras aprofundadas do material selecionado; 2) investigação ancorada no

diálogo com os autores; 3) macro análise que envolveu a discussão de todos os aspectos da política, como definição, campos de atuação e suas diversas particularidades; 4) Construção-síntese que se deu por meio da elaboração de um quadro que trata da institucionalização das distintas vigilâncias que integram a PNVSA no Brasil.

Os dados da pesquisa de campo obtidos com a aplicação de questionários foram digitalizados e submetidos inicialmente da técnica de análise univariada (FREITAS & MOSCAROLA, 2002) um método simples, na qual foram examinadas as respostas para cada uma das perguntas, uma após outra, variável por variável individualmente, neste caso baseando-se na frequência das respostas.

Em seguida, utilizou-se a técnica de análise estatística multivariada denominada de Análise de Correspondência Múltipla (ACM). (FREITAS & MOSCAROLA, 2002); (CADORET; FOURNIER & LE PODER 2011) a qual permite analisar simultaneamente diversas variáveis, ou seja, analisa globalmente um conjunto de perguntas, de forma síntese, para assim categorizar as respostas dos questionários. Neste caso, foram colocadas as perguntas das distintas VS do município em relação umas com as outras simultaneamente, considerando a tríade estrutura, processo e resultado. Os escores/valores, foram obtidos

através da média aritmética de todos os critérios referentes a cada dimensão, o que gerou um subtotal que posteriormente forneceu a base para a construção do grau de atuação da VS municipal.

Os pontos de corte utilizados para a classificação do grau de atuação da VS, foram: incipiente, intermediário ou avançado, se obtiver até 5,99 pontos; entre 6,0 e 7,99 pontos e entre 8 e 10 pontos, respectivamente.

3. CAPÍTULO II: POLÍTICAS PÚBLICAS E TERRITÓRIOS: REFLEXÕES NO ÂMBITO DO CONTEXTO SÓCIO TERRITORIAL DA AMAZÔNIA PARENSE.

Neste capítulo, destaca-se o contexto da Amazônia Paraense e a necessidade de pensar as políticas públicas com enfoque nas realidades apresentadas que envolvem desde as mudanças nos territórios e suas heterogeneidades sócio territoriais. Os apontamentos nortearam também reflexões a respeito dos direitos sociais, especificamente à saúde, o papel da Sociedade e Estado e o funcionamento da democracia na conjuntura atual.

Entende-se que as discussões no âmbito das políticas públicas não podem deixar de considerar os diferentes contextos, os desafios e influências políticas governamentais,

bem como a configuração atual da sociedade, a forma como esta responde às mudanças que se apresentam em diversos níveis, as quais impactam positiva ou negativamente suas condutas frente às decisões políticas, bem como às singularidades e heterogeneidades dos territórios para os quais as políticas são pensadas, as condições de vida das pessoas que habitam esses territórios nos diversos âmbitos seja na saúde, educação, economia ou cultura, o que exige dos decisores uma visão integradora que contemple de fato as inúmeras situações que permeiam os diferentes contextos.

A leitura mais ampla dessas realidades nos possibilita a compreensão dos diferentes processos e complexidades instauradas nos diversos âmbitos e contextos da vida em sociedade, as quais contribuem significativamente para o estudo das políticas públicas, as quais não podem ser dissociadas da realidade para a qual são destinadas, pois “quando as decisões se tomam muito longe do cidadão, correspondem muito pouco às suas necessidades.” (DOWBOR, 2016, p. 20)

Assim, a sociedade em geral, assume um papel extremamente importante, no sentido de refletir sobre as diferentes nuances observadas em seus contextos, a partir de suas vivências nos territórios, dos conflitos, das relações de poder, para assim colocar em pauta questões que são muitas vezes silenciadas do âmbito público e contribuir efetivamente para a resolução dos diversos desafios inerentes aos processos políticos, territoriais, capitalistas, globalizatórios e governamentais. Processos estes que levam, muitas vezes, a sociedade agir de determinada forma, sem considerar a coletividade e o bem estar comum, não se valendo de meios que possam propiciar a ação pública e a discutir sobre as políticas públicas que envolvem os coletivos e a efetivação de seus direitos.

É a partir dessas questões que precisa-se refletir e debater em diferentes esferas da sociedade, podendo levar a tomadas de atitude e decisões frente aos contextos que se apresentam, seja uma abertura para o diálogo ou para uma sensibilização maior das pessoas que possibilitem ir de encontro ante às “barreiras” e “abismos” que se impõem e impedem muitas vezes a sociedade de vencer os desafios e de refletir sobre suas próprias condições humanas, suas práticas sociais e as formas de inová-las perante os entraves que estão postos.

Dowbor (2016) afirmou que apesar de muitos problemas exigirem soluções a nível nacional e global, precisa-se saber *a priori* o que se pode fazer a nível local, no território que pode ser a cidade, a comunidade ou rio, onde as pessoas podem se organizar para gerar o que tem sido singelamente de “bem viver”. O autor afirma ainda que faz parte da

nossa cultura achar que alguém “em cima” vai resolver os nossos problemas. No entanto, “ao olharmos para os outros países que se urbanizaram antes de nós, constata-se que as pessoas não esperam, arregaçam as mangas e enfrentam a resolução de problemas elementares que os cercam.” É dessa forma que pode-se começar a pensar, refletindo sobre o contexto local, se organizando indo à luta em busca de melhorias para as questões que nos afetam. “Quem sabe via ação pública seja nossa vez de transformar e ensinar compartilhando o que nosso mundo nos possibilitou e desafiou.” (SILVA, 2018, p.202)

Na Amazônia, por exemplo, entende-se a importância de se refletir sobre as mudanças e heterogeneidades sócio territoriais no âmbito das políticas públicas, pois a atuação estratégica e adequada desta é crucial neste contexto para a efetivação dos direitos, visto que historicamente a Amazônia tem apresentado diferentes processos de ocupação e formas de uso do espaço, bem como territorialidades distintas com interesses distintos como afirmou Little (2002), exigindo, portanto a ação pública do Estado e dos demais agentes sociais buscarem outros caminhos, outros saberes e outras soluções criativas de intervenção na realidade.

Considerando os diversos elementos apontados, buscou-se abordar na seção seguinte uma discussão sobre as políticas públicas no âmbito dos territórios da Amazônia Paraense, partindo da concepção do território como elemento a se pensar as políticas públicas vinculadas à epidemiologia na Amazônia para então adentrar especificamente no âmbito das políticas públicas e seus subsistemas.

3.1 TERRITÓRIO EM MUDANÇA: ELEMENTO A SE PENSAR AS POLÍTICAS PÚBLICAS VINCULADAS À EPIDEMIOLOGIA NA AMAZÔNIA.

Muitos teóricos e estudiosos das diversas áreas do conhecimento tem se preocupado em conceituar o território e nem sempre as definições predeterminadas ou fixas tem conseguido explicá-lo. Ainda, há divergências a respeito das mais variadas concepções que vem se construindo historicamente. Isso se deve ao fato do território ser concebido como algo pronto e acabado, quando na verdade “não existe um território em si” como afirmou Cruz (2010, p. 211):

“só existe um território para alguém que pode ser um ator social, tanto individual como coletivo, que influencia desde o planejamento, até a propriedade do lar ou acesso a recursos (...) também, o uso social do território não pode ser abstrato: se concreta em domínios culturais, tais como o uso do parentesco, a economia, a saúde, a política, a religião, entre outros.” (CRUZ, 2010, p. 211-212 *tradução nossa*)

Nesse sentido, o território envolve toda uma dinâmica que pode ser moldada conforme o uso que se faz dele. A ideia de território usado, na concepção de Santos (1999) pode ser mais adequada à noção de um território em mudança, de um território em processo, ou seja, as transformações que ocorrem ao longo do tempo que refletem nas condições de vida dos sujeitos que exercem determinada territorialidade.

A territorialidade é compreendida por Cruz (2010) como a produção prática ou discursiva do território, estando atrelada a economia, a religião, a cultura dos sujeitos: o modo de viver, de produzir, de agir, de pensar, etc. Para Haesbaert (2004, p.03) ela está “intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar”. Assim, temos territorialidades distintas, pois há modos distintos de apropriar-se da terra por meio de culturas distintas como afirma Porto-Gonçalves (2006) as quais influenciam ou não para uma mudança no território. Essas mudanças podem ser compreendidas no espaço-tempo, o qual é definido por Nicolas (1998, p. 85-86) como:

“a capacidade dos sujeitos sociais de usar o espaço, de inseri-los em seu encadeamento pessoal ou societário de tempos parciais (...) esse espaço-tempo é uma manifestação da racionalidade do movimento nessa sociedade. Assim, apropriar-se de um espaço é reconstruir sua lógica temporal, é reativar um mecanismo de articulação entre tempo e espaço, diferente do anterior.”

Ainda de acordo com o autor, é bem grande a heterogeneidade das formas de apropriação de espaço e do tempo em diferentes contextos societários, em distintos períodos da história. Isso é bem evidente quando fazemos uma retrospectiva sobre as formas de apropriação que ocorriam no período colonial. Almeida (2007) afirmou que na Amazônia, as terras onde predominavam as culturas de exportação, onde existiam engenhos e o monocultivo da cana de açúcar, após ocorrer uma decadência das *plantations* houve outras formas de apropriação desse mesmo espaço seguindo outra racionalidade diferente da lógica capitalista. Porém, Porto Gonçalves afirmou (2006; 2016; 2018) que com o avanço do capitalismo, esses mesmos espaços vem apresentando inúmeras interferências, sendo evidente com a expansão do agronegócio, seguindo os mesmos princípios das culturas desenvolvidas nas últimas décadas, a exemplo dos monocultivos, que de certa forma, colocam em risco a sobrevivência da população, pois estão associadas às mudanças no regime alimentar e aos desequilíbrios ecológicos, sobretudo, com a proliferação de pragas ou insetos vetores de doenças, podendo afetar a saúde das pessoas.

Becker (2007) afirmou que é partir dessas mudanças que precisamos estar atentos para assim pensarmos em políticas públicas adequadas as singularidades de cada região,

devido à heterogeneidade que elas possuem. Nos territórios da Amazônia, por exemplo, é de fundamental importância considerar as mudanças, visto que nas últimas décadas têm ocorrido diversas transformações econômicas, sociais e ambientais, sendo crucial a atuação estratégica e adequada das políticas para garantir a atenção necessária à população que muitas vezes encontra-se em situação de vulnerabilidade ou risco.

Almeida (2012) e Hébette (2004) destacaram que na Amazônia encontram-se muitas comunidades afetadas com a implantação de grandes empreendimentos, como instalações de hidrelétricas, gasodutos, minerodutos, portos, aeroportos e linhas de transmissão de energia, causando inúmeros efeitos sobre a vida da população. Bercker (2007) afirmou que essas interferências e mudanças pelas quais a Amazônia vem passando refletem também na alteração da paisagem, onde muitas florestas são derrubadas para atender os interesses do mercado. Além disso, há a uma crescente substituição da vegetação nativa por monocultivos de palmeiras como *Elaeis guineenses* e *Euterpe oleracea* Mart como afirmou Pantoja et. al (2018) e Almeida, et.al (2021), além de poços de piscicultura que de certa forma alteram o *habitat* (território) e *nicho ecológico* (territorialidades) de diversos animais. Diante desse contexto, faz-se necessário pensar cada vez mais nas políticas públicas a fim de garantir o atendimento estratégico e adequado às populações que vivem nesses territórios marcados por profundas mudanças.

Little (2002) afirmou que muitas vezes as políticas pensadas para os territórios da Amazônia só privilegiam o controle dos recursos, atendendo única e exclusivamente os interesses do Estado e nem sempre são levados em consideração os povos que vivem nesses territórios que muitas vezes precisam ser contemplados com outras demandas próprias a partir de seu contexto.

Segundo Freitas (2016) e Tirelli (2020), a própria concepção das políticas públicas territoriais acaba, muitas vezes, reificando o território, tornando-o um espaço homogêneo e constante representado a partir das instâncias colegiadas concebidas para a sua implementação. Favareto, et. al. (2015) corroboram ao afirmarem que o território não tem sido considerado como um elemento ativo dos processos e dinâmicas que são produzidos em um dado espaço, fruto da articulação entre os seus condicionamentos externos e as suas instituições, estruturas e atores internos, os quais foram forjados ao longo da sua conformação histórica.

Becker (2007) afirmou que a forma de conceber os territórios da Amazônia, não pode parecer dissociada das populações que vivem nela, pois são elas que possuem um papel extremamente importante em sua dinâmica. Porém, muitas vezes o natural se

sobressai, por conta dos interesses mercantis, um exemplo, é o mercado de terras, ou seja, não há um interesse do Estado em contribuir com a sociedade que vive na Amazônia, mas sim retirá-las os seus bens, seus recursos, seus direitos e sua qualidade de vida.

Little (2002) e Perafán (2020) entendem que os diferentes grupos têm interesses, finalidades, histórias e, claro, territorialidades diferentes e, muitas vezes divergentes e elas precisam ser consideradas também de acordo com seu contexto, com suas particularidades e singularidades para a efetivação de seus direitos.

Muitos direitos são alcançados mediante políticas públicas, sendo assim faz se necessário estudá-las, entender seu funcionamento e os contextos as quais se inserem, as relações entre diferentes atores da Sociedade e do Estado para assim estarmos engajados na luta por melhorias da coletividade e na efetivação dos direitos sociais, os quais foram historicamente conquistados.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS SOCIAIS, ESTADO E DEMOCRACIA.

Em muitos momentos, as políticas públicas nos passam despercebidas, mas elas encontram-se dentro da história. Podemos relatar também a forte influência na Grécia Antiga, onde a palavra “política” tem seu berço, na qual os filósofos como Aristóteles e Platão foram os percursores desta ciência. (BARUFFI, 2017)

Ribeiro (1986, p. 13) afirmou que o “termo “política” refere-se ao exercício de alguma forma de poder e, naturalmente, às múltiplas consequências desse exercício,” sendo complexo qualquer ato de poder, o qual pode ser visível ao manifestar-se, ou seja, é em ação que se analisa o poder. Nogueira (2008, p. 19-20) afirmou que:

“O poder tem várias faces e aparece em todas as situações nas quais há interação: na **Família** (o poder do pai ou da mãe), no **trabalho** (o poder do patrão, do gerente ou do capataz), na **igreja** (o poder do sacerdote), na **escola** (o poder do professor) nos **exércitos** (o poder do comandante), no **Estado** (o poder dos governantes). Em cada uma dessas situações, o sujeito ativo (o poderoso) vale-se de determinados meios para condicionar o comportamento e obter a obediência dos que a ele se submetem.” (...) “o **poder social** é uma realidade viva e dinâmica. Nem sempre consegue se impor, mas funciona como “ameaça potencial” o tempo todo. Quanto mais organizada, ciente de seus interesses e consciente de suas reais possibilidades for uma comunidade, mais ela verá aumentada sua potência.”

Porém, ambos os autores corroboram ao afirmarem que a política não é apenas desejo de poder e pensá-la apenas desta forma não chega a ser satisfatório. Ribeiro (1986) entendeu a importância de compreendermos a política como um processo que parte desde interesses até à tomada de decisões efetivas, decisões que “vinguem”, sendo essencial o desenrolar desta, não podendo está ligada apenas a interesses particulares, mas,

sobretudo, ter uma natureza pública, ou seja, interessar à *polis*, à sociedade como um todo, visando o bem da coletividade. É por este viés que as políticas públicas são pensadas tendo por objetivo atingir a sociedade como um todo ou parte dela.

É importante ressaltar que “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública (...) do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos (...)” (SOUZA, 2006, p. 24-25)

Marques e Faria (2013), destacaram que apesar da política pública ter um caráter multidisciplinar- pois de fato ela mobiliza diversos campos do saber, considera que esta área temática é interdisciplinar por natureza, o que lhe tem conferido ao mesmo tempo grande ênfase e riscos de fragmentação, dada a dificuldade da construção de patamares teóricos comuns de discussão. Os referidos autores consideram que a melhor forma de construir um campo comum de discussão entre perspectivas, que permita o acúmulo de conhecimento a respeito das ações do Estado, é observando e promovendo diálogos entre os enquadramentos conceituais e teorias que cada campo disciplinar mobilizou.

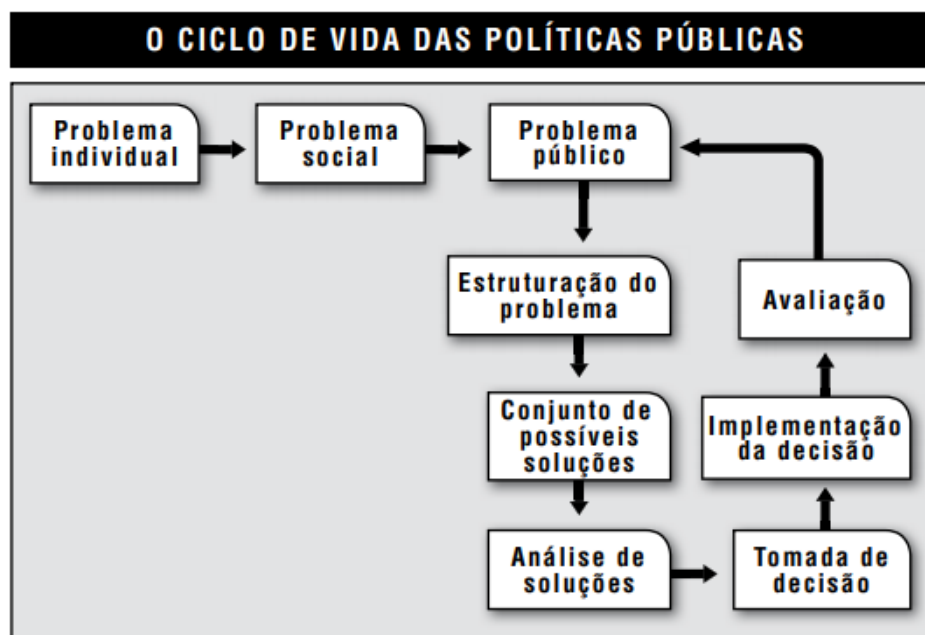
Na subárea denominada Análise de políticas públicas (APP), espera-se que a interdisciplinaridade determine a maneira como as questões devem ser problematizadas, as opções de políticas disponíveis para o governo e a narrativa utilizada para descrever o comportamento daquelas pessoas afetadas. (MARQUES & FARIA, 2013).

O objetivo final da APP é dar racionalidade às ações governamentais. Como parte desse processo de racionalidade e análise, a partir da política pública foi gerado “o ciclo de vida das PP, o qual está formado por sete processos: entrada do problema na agenda pública, estruturação do problema, conjunto das soluções possíveis, análise dos pontos positivos e negativos das mesmas, tomada de decisão, implementação e avaliação.” (VÁZQUEZ & DELAPLACE, 2011, pág. 36)

É importante ressaltar que as formulações originais sobre o ciclo de políticas públicas já foi alvo de muitas críticas, sobretudo, com a contribuição de diversos autores ao longo dos anos 1970 e 1980, pois consideravam que as representações eram racionais e lineares demais e desconheciam a superposição de etapas, ao mesmo tempo que tendiam a pensar o processo de forma apolítica, excessivamente técnica ou gerencial. Porém Marques e Faria (2013) acompanhando os autores como Hill e Hupe (2009) considerou que a representação das políticas através do ciclo se apresenta como uma importante ferramenta heurística e descritiva, que pode fornecer um primeiro mapeamento da

configuração de cada política específica, a ser complexificado após a compreensão dos detalhes que cercam a política sob o estudo. (Figura 03)

Figura 03: Ciclo de vida das políticas públicas



Fonte: (VÁZQUEZ & DELAPLACE, 2011, pág. 36)

Na primeira fase tem-se o nascimento do problema, o qual acontece com a sua identificação, ou seja, quando uma pessoa ou um conjunto de pessoas depara-se com alguma circunstância da sociedade e reconhece o problema como algo que já existe socialmente. Este é entendido somente como um problema público quando ocorre a sua entrada na agenda pública. É importante ressaltar que nem sempre um problema social terá o status de problema público, mesmo que alguns problemas sociais afetem um número indeterminado de pessoas.

“Tudo começa com o surgimento de um problema, não de qualquer problema, mas de um considerado “público”. Esse elemento é essencial porque existem problemas que, embora afetem muitas pessoas (problema social), podem não ser considerados públicos. Por exemplo, o status subordinado das mulheres durante muito tempo não foi considerado um problema público, assim como a violência contra a mulher também não era considerada um problema público, mas um problema que deveria ser resolvido na esfera privada e no qual o Estado não deveria intervir. O que atualmente é considerado problema público, provavelmente antes não era e possivelmente depois não será, pois a formação da agenda pública é mutante. Quando um problema tem o status de público? Quando é recuperado por alguma das múltiplas instituições que integram o governo.”(VÁZQUEZ & DELAPLACE, 2011, pág. 37)

Nesse sentido, entende-se que a agenda pública é o conjunto de problemas que algum órgão, alguma autoridade, resolve tratar. No caso específico de uma agenda governamental por exemplo, trata-se de um conjunto de problemas que é tido como prioritário para um órgão público.

“Após ser constituído o problema público, o passo seguinte é a estruturação do problema e a construção das múltiplas possíveis soluções. A estruturação do problema é a elaboração de um diagnóstico onde são especificadas as causas e as possíveis soluções do problema. Assim, de acordo com a forma em que um problema for estruturado, dependerão as diversas soluções a serem dadas ao mesmo: um problema não tem uma solução única. A estruturação dos problemas e o desenho das múltiplas soluções, junto com a tomada de decisões, são os momentos mais “políticos” do ciclo de vida da PP, onde a ideologia, os interesses e os saberes em conflito ou concorrência se superpõem.” (VÁZQUEZ & DELAPLACE, 2011, pág. 37)

Este processo de projeção de soluções ou de formulação de alternativas para o problema público constitui a sua estruturação, o qual é permeado de ideologias e interesses em jogo, onde são apresentadas diversas soluções para a resolução do problema identificado, sob a ótica de diversos sujeitos: gestores e atores políticos envolvidos em sua construção, os quais influenciarão de alguma forma no processo decisório.

“Finalmente, na **tomada de decisões** determina-se qual das múltiplas soluções possíveis é a que tem a maior certeza técnica a partir da evidência existente. Entretanto, tão importante quanto a evidência técnica é o respaldo político da escolha vencedora.” (VÁZQUEZ & DELAPLACE, 2011, pág. 37)

No momento de tomada de decisão, o executivo, o judiciário, o legislativo ou mesmo as redes de políticas públicas, como a sociedade, organizações não governamentais, até o mercado tomam decisões de como enfrentar o problema público. A decisão é uma intenção ou desejo do poder público ou dos atores políticos relevantes de resolver o determinado problema público. Geralmente, o momento de tomada de decisão, pode ser uma sanção presidencial, uma decisão judicial ou mesmo um decreto legislativo, os quais são considerados instrumentos de tomada de decisão (momento da formalização da intenção da política pública) que posteriormente é implementada com seus instrumentos. Nesse sentido, implementar significa transformar intenções em ações, podendo ser concretizada por intermédio do burocrata ou mesmo nos órgãos de empresa privada, de terceiro setor, que fazem algum tipo de intervenção para a redução efetiva daquele problema público.

“Após estruturar o problema público e tomar a decisão sobre a forma de resolvê-lo, põe-se em andamento a PP; este é o momento da implementação. Esse momento do ciclo é tão importante quanto os anteriores (na verdade não há uma hierarquia entre as partes que integram o ciclo). Em muitas ocasiões o problema público é devidamente estruturado e a decisão governamental não só é politicamente viável, mas também é a mais adequada para resolver esse problema. Contudo, os resultados não são os esperados. Em grande parte, isso se deve ao fato de que a realidade é complexa e nem sempre é possível prever todas as causas que modificam ou intervêm em uma PP. Também pode ter havido uma má implementação como, por exemplo, o fato de que os operadores não estejam de acordo com os objetivos da PP; (...) Também pode suceder que, mesmo estando de acordo com os objetivos e fins da PP, a administração pública seja tão complexa em seu funcionamento que haja graves problemas de informação, de tal forma que entre os comandos

superiores e os comandos operacionais as metas e os procedimentos não consigam fluir de forma clara.”(VÁZQUEZ & DELAPLACE, 2011, pág. 37)

Nesse sentido, entende-se que nem sempre as intenções são transformadas em ações, assim como a política pública nem sempre reduz o problema público. Hupe e Hill (2016) afirmam que muitas vezes não se alcança os resultados esperados, pois a implementação ocorre como uma parte "tardia" no modelo de etapas do processo de política. Como tal, é visto como seguindo e subordinado às fases precedentes de definição de agenda e formação de políticas. Assim, a implementação é frequentemente tratada como "o resto". Essa visão sobre a implementação como um resíduo pressuposto na realização de metas implica pouca atenção às dimensões "políticas", como ambiguidade e conflito. Portanto, a visão só pode explicar parcialmente os resultados – às vezes decepcionantes – dos processos políticos.

Após esta fase de implementação, o gestor público estará apto a avaliá-la a fim de verificar se a política pública está funcionando de forma adequada. Para isso, existe um conjunto de teorias e conceitos voltados a melhorar a PP, assim como técnicas para fazer a avaliação de impacto, eficiência, eficácia e efetividade, o que poderá promover eventual reajuste ou mesmo uma substituição por outras ações – políticas públicas – julgadas mais eficientes.

Talvez essa etapa seja a mais técnica de todas as anteriores e a que mais se desenvolveu nos últimos 20 anos. Antes se considerava que a avaliação deveria ser realizada no final da PP, mas hoje existem diversos tipos de avaliação para cada uma das partes que integram o ciclo: avaliação do desenho da PP; avaliação de gestão para analisar o processo de implementação; avaliação de resultados, na qual se verifica se os objetivos foram cumpridos; e, finalmente, avaliação de impacto, que analisa a consecução dos fins, isto é, se a PP efetivamente gerou alguma modificação no problema público em questão. (VÁZQUEZ & DELAPLACE, 2011, pág. 37-38)

É importante ressaltar que não são poucos os desafios e os conflitos de interesses no que concerne ao ciclo administrativo de vida das políticas públicas, por este motivo faz-se necessário que antes da tomada de decisão política, estejamos atentos a denominada “fase estruturante” do problema público e das possíveis soluções para o mesmo, a fim de evitar que apenas o gestor público ou determinados agentes corporativistas atuem apenas em benefício próprio ou da maneira que lhe convier. Por isso é importante, a sociedade estar organizada no sentido de intervir quando necessário e propor soluções para os problemas que as envolvem entre os diversos setores seja na saúde, educação, economia, cultura, em diferentes situações de conflito.

Para ocupar os espaços públicos e reinventar a política faz se necessário a ativação constante dos coletivos e/ou comunidades. No entanto, é importante ressaltar dos desafios que se enfrenta para alcançar esta ativação, sobretudo, nesse período de neoliberalismo,

em que o mercado tem cada vez mais ganhado espaço, a sociedade encontra-se cada vez mais fragmentada, o que dificulta ainda mais a eficácia da ação pública como afirmou Genro (2000). O autor afirmou ainda que o povo, em determinado nível de exclusão, submetido a condições sociais muito adversas, já não tem condições de compartilhar o ritual democrático-formal e produzir uma representação autêntica. Além disso, muitos se encontram sem rumo, ou seja, sem uma referência cultural, vivendo em um momento de inúmeras incertezas.

Nogueira (2005) corroborou quando afirmou que há uma produção de turbulências no plano societal e no individual, no mercado e no Estado, pondo em risco equilíbrios e direitos. Apesar dos avanços na área tecnológica, produtiva e científica, ainda depara-se com desníveis brutais de renda, de escolaridade, de saúde, de nutrição e de oportunidades. A América Latina, por exemplo, não melhorou como deveria nas áreas estratégicas, na saúde, na habitação, na educação, sem falar na distribuição de renda. Por exemplo, muitos países como Brasil, Chile, Argentina, Paraguai, Uruguai, Venezuela e México ainda enfrentam problemas no combate as doenças endêmicas, muitas consideradas ainda negligenciadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

Nogueira (2005) entendeu que todos esses problemas que perpassam desde o nível social, cultural, ambiental, político e econômico são decorrentes de uma crise essencialmente política, não sendo apenas, o resultado de um processo de globalização da qual Santos (2002) abordou. A globalização, pelo contrário, tem contribuído para intensificar os problemas sociais, sua natureza multifacetada dos problemas tem a ver com a natureza multifacetada da crise contemporânea.

Todos os problemas e mudanças que se apresentam no cenário atual, resultam na crise do estado de bem-estar social e ao esgotamento das energias utópicas. A sociedade, muitas vezes, perde a capacidade de planejar destinos, de viver utopias e de sonhar por um futuro melhor e mais justo. Aliado a esse pessimismo cultural, muitos readotam uma forma religiosa, outros se voltam apenas para a sociedade do trabalho, deixando, muitas vezes, de lutar por um ideal de sociedade que vise o bem da coletividade. (HABERMAS, 1987)

Diante desse cenário, marcado de crises, impotência e incertezas, faz-se necessário retomar ao pensamento de Telles (1999) e Nogueira (2005), os quais corroboraram ao afirmar que mesmo diante das diversas situações que se colocam, ainda há como que uma fresta de luz no horizonte. Precisamos nos reinventar e sair do “aprisionamento” no próprio presente para abertura de outros campos possíveis.

No deciframento de experiências possíveis, Telles (1999) referiu-se aos direitos sociais, afirmando ser necessário repensá-los, não a partir de sua fragilidade ou da realidade que deixaram de conter, mas a partir das questões que se abrem e dos problemas que se colocam. Precisa-se tratar o “direito como palavra que introduz fissuras na ordem das coisas, acenando com outros mundos possíveis – mundos que valem a pena ser vividos.” No caso, da saúde, por exemplo, ao invés de tratarmos as situações que se apresentam de forma preconceituosa, precisa-se entender os processos pelos quais alteram a condição de saúde dos sujeitos para assim buscarmos soluções que possam ser minimizadas ou sanadas, seja por intermédio das políticas públicas, entre outras alternativas.

Nesse viés, Cardoso (1998) defendeu que a ação pública é mais viável, mais ampla e eficaz nas novas condições da sociedade. Para Halpern; Lascoumes e Le Galès (2021, p. 35) a ação pública é concebida como um espaço sociopolítico construído tanto por técnicas e instrumentos, como por objetivos ou conteúdos. As abordagens por instrumentos contribuem para pelo menos três grandes debates sobre “a ação pública”: a mudança nas políticas públicas, o papel do Estado e os meios de ação coletiva.

As políticas públicas como uma forma de ação coletiva, está inscrita na lógica da ação pública, a qual se centra em contexto institucional, normativo e instrumental. Essa tríade determina a condição do agir e é fundamental para que se possa entender o lugar de onde cada ator age. Essa clareza permite perceber que a capacidade de ação de cada ator está condicionada a essa realidade e, portanto, sua liberdade de ação. (SILVA, 2018)

A liberdade na teoria política é o oposto da liberdade interior, pois sem manifestação externa não tem significação política (...) ela também não é um fenômeno da vontade (...) é antes, para continuar com Shakespeare, a liberdade de bruto, isto é, a liberdade de chamar a existência o que antes não existia, o que não foi dado nem como objeto de cognição ou de imaginação e que não poderia, portanto, estritamente falando, ser conhecido. (ARENDT, 1979. p.198)

Em outras palavras, a liberdade seria colocar em cena o que antes havia sido silenciado do âmbito público ou o que carece de atenção dos setores e órgãos públicos, sendo essa liberdade expressa na ação, na qual os sujeitos começam a ocupar os espaços públicos e a questionar sobre os problemas que afetam as suas vidas, sendo livres na possibilidade de determinar suas próprias condições.

Arendt (1978, p.198) afirmou que “para ser livre, a ação deve ser livre, por um lado, de motivos e, por outro do fim intencionado como efeito previsível”, ou seja, não se pode prever e nem determinar de imediato os resultados dessa ação, devido os diferentes atores que explicitam seus pontos de vista, ideias e opiniões sobre a questão política. Isso

significa reconhecer que a sociedade civil não é um ator unificado e homogêneo como afirmou Dagnino, Oliveira e Panfichi (2006, p. 22-23), pelo contrário:

“a sociedade civil é composta por uma grande heterogeneidade de atores civis (incluindo atores conservadores), com formatos institucionais diversos (sindicatos, associações, redes, coalizões, mesas, fóruns), e uma grande pluralidade de práticas e projetos políticos, alguns dos quais podem ser, inclusive, não-civis ou pouco democratizantes. Com efeito, “...a sociedade civil não é um ator coletivo e homogêneo (...) é um conjunto heterogêneo de múltiplos atores sociais, com frequência opostos entre si, que atuam em diferentes espaços públicos e que, via de regra, têm seus próprios canais de articulação com os sistemas político e econômico. Isso quer dizer que a sociedade civil está inter cruzada por múltiplos conflitos e que ela é, em todo caso, uma “arena de arenas e não um território de convivência pacífica e não conflituosa.”

É mediante essa pluralidade e realidade conflituosa, que se faz necessário pensar a ação democrática, não como um mero exercício de representação política no campo do Estado, mas como um processo que se origina na sociedade mesma e a transforma. (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006) sendo por meio dela que a sociedade encontra condições propícias para que os diversos atores dialoguem e explicitem os conflitos a fim de chegar ou não a consensos.

Na democracia, as decisões costumam nascer pelos consensos que se formam a partir de múltiplos acordos e negociações, em diferentes fóruns e a partir de distintos pontos de vista. (NOGUEIRA, 2008) é através do funcionamento da democracia que o cidadão pode alcançar a rede de decisão (MULLER & SUREL, 2002). Pateman (1992, p. 12) considerou a democracia como “um método político, ou seja, trata-se de um determinado tipo de arranjo institucional para se chegar a decisões políticas — legislativas e administrativas.”

Huamán (2003) afirmou que apesar dos desafios, já alcançou-se grandes avanços, conquistas e aprendizados por intermédio da democracia. Uma das experiências foi a Mesa de concertação para a Luta Contra a Pobreza (MCPLCP) que iniciou em 2001, onde houve a participação dos diferentes atores do Estado e da Sociedade Civil. O resultado foi a Carta Social, elaborada e assinada pelos diversos componentes da mesa, que constitui o marco conceitual da sua ação. Um dos compromissos assumidos na Carta é dar prioridade à educação e à saúde, e uma especial atenção ao mundo rural. Essa experiência democrática permite a legitimação das decisões e facilita a continuidade das políticas sociais.

Para se alcançar experiências como esta a serviço do povo, Huamán (2003) entende que precisa-se de um Estado com uma cultura participativa que tenha uma gestão

transparente, que informa e que compreende a sua responsabilidade como um serviço à cidadania. Supõe também uma sociedade civil desenvolvida, negociadora com os seus diversos componentes e com capacidade propositiva. É neste sentido que a Carta Social vem tentando atuar e dessa forma tem alcançado grandes avanços no que diz respeito ao diálogo entre os diferentes atores do Estado e da sociedade civil. A autora percebeu que:

“O Estado está apreendendo a informar, consultar, concordar, respeitar as opções discrepantes, em síntese a ser mais democrático. Seus servidores estão apreendendo que eles são servidores públicos e não só fonte de poder. A sociedade civil está apreendendo como funciona o Estado, como toma decisões, como usa seus recursos, seus procedimentos e seus próprios limites (...) assim mesmo, está se dotando dos instrumentos básicos para fazer propostas sólidas. Assim, tem se gerado consensos sobre problemas centrais, que são a causa dos poucos recursos do Estado (...) como é o caso de repensar uma estratégia de desenvolvimento a serviço das pessoas.” (HUAMÁN, 2003, p.71)

Entende-se que essa relação dialética entre o Estado e a Sociedade civil é crucial para o desenvolvimento da democracia, pois é através dos conflitos publicizados, das discussões, das experiências e aprendizados que os diversos atores podem opinar, decidir e negociar sobre o que é mais conveniente para eles, promovendo o desenvolvimento de suas capacidades. Além disso, pode contribuir para que enfrentemos e superemos inúmeros desafios e entraves que muitas vezes tem dificultado na construção democrática na América Latina, uma delas é considerar apenas a dualidade existente entre a sociedade civil e o Estado. (DAGNINO, OLIVEIRA E PANFICHI, 2006); (HUAMÁN, 2003)

Nogueira (2005) afirmou que um dos grandes entraves para a afirmação política da sociedade civil, está na separação entre a linguagem do Estado e linguagem Societal, dois mundos que tem se comunicado com dificuldades, para ele:

O sistema dominante (e por meio dele diversos setores dos aparelhos do Estado), por um lado, trata a sociedade civil ou como fonte geradora de problemas para a governabilidade, ou como expediente com que se conta para tentar aliviar os custos do estado. A sociedade civil, por outro lado, vê-se como vítima de um Estado exigente que pouco consegue produzir, responsabilizando-o por todos os seus infortúnios, por tudo aquilo que ele deixa de fazer para atender aos vários carecimentos e por tudo aquilo que faz para ampliá-los. (...) como pano de fundo, uma enorme dificuldade de se chegar a consensos. (NOGUEIRA, 2005, p. 107)

Dagnino, Oliveira e Panfichi (2006) afirmaram que para além dessa dicotomia entre a sociedade civil e o Estado, precisamos considerar suas relações, heterogeneidades e lutas simbólicas sobre o lugar, os atores e a agenda da disputa entre projetos políticos distintos. Sendo a participação uma ponte para que as disputas e os interesses divergentes se publicizem e a sociedade alcance o seu lugar nas questões políticas. No âmbito do projeto democrático-participativo, por exemplo, temos alcançado grandes avanços,

sobretudo, na articulação por demandas específicas de direitos como a educação, saúde e habitação, bem como a ampliação para grupos étnicos. Daí a importância de fomentar uma cultura participativa, pois segundo Nogueira (2005) ela funciona como um elemento potencial de democratização.

Dowbor (2016, p.20) chamou a atenção para aos processos participativos que constroem gradualmente uma âncora de bom senso no conjunto dos processos políticos, a partir da base da sociedade, estando no centro do que chamamos de poder local. Para o autor, o poder local, “envolve a questão básica de como a sociedade decide o seu destino, constrói a sua transformação e, para dizê-lo de forma resumida, se democratiza.” A participação comunitária, por exemplo, funciona como um instrumento básico do poder local, sendo necessário interesse e esforço das pessoas. Não se trata de inverter os processos e substituir o poder central pelo poder local, mas de equilibrar os diversos níveis no processo decisório. No contexto da Amazônia, por exemplo, é importante que as comunidades locais pensem em alternativas a partir de suas realidades, colocando em pauta as questões que necessitam de deliberações políticas frente ao contexto específico em que vivem.

É importante ressaltar que atualmente com a inovação democrática, nem sempre precisamos de espaços legais especificamente desenhados para poder materializar as práticas participativas, pois existem mobilizações que iniciam no meio virtual, até alcançar o espaço público. (DAGNINO, OLIVEIRA E PANFICHI, 2006)

Um exemplo dessa experiência de inovação democrática é o FINDECHAGAS (A Federação Internacional das Pessoas afetadas pela doença de chagas) onde a participação iniciou no âmbito virtual por meio de assinaturas eletrônicas e alcançou o espaço público com a 72ª Assembleia Mundial da Saúde no ano de 2019, em Genebra, na Suíça, onde foi aprovada a proposta da criação do Dia Mundial da DC.

Entende-se que por meio dessas estratégias participativas pode-se alcançar bons resultados, tanto por meio da mobilização construída na base da sociedade através das comunidades locais ou por meio de inovações que levem a uma tomada de decisão em outras instâncias e níveis.

Para tanto, é essencial a sociedade estar sempre atenta as mudanças em seus contextos, ter uma cultura participativa e atuar de forma ativa e democraticamente frente às questões políticas, visando o bem estar coletivo e a garantia dos direitos sociais. No caso da Amazônia Paraense podendo refletir e debater sobre as mudanças e as heterogeneidades sócioterritoriais que as envolvem para se pensar as políticas públicas e

a atuação estratégica destas a partir de seus contextos, devido suas dinâmicas e especificidades locais.

É fato que no cenário atual enfrenta-se profundas mudanças em todos os setores e são nestas que precisa-se estar atento para ser cada vez mais ativo e propositivo frente aos problemas que se instauram, sendo essencial que as sociedades pensem em alternativas a partir de suas vivências nos territórios, colocando em pauta as questões que necessitam de deliberações políticas frente ao contexto específico em que vivem.

Para tanto, faz se necessário também o conhecimento das leis e a compreensão da atuação das políticas públicas para que sejam pensadas em medidas e estratégias mais efetivas voltadas para esses territórios, o que auxiliará na reivindicação e concretização dos direitos sociais.

“Nessa perspectiva, as políticas públicas deixam de ter um fim em si mesmas e passam a ser pontes para a resolução das questões coletivas, tornam-se instrumentos da ação pública no processo de transformar a realidade social e a própria democracia.” (SILVA, 2018, p.196) É nesse viés que o capítulo a seguir está pautado, na compreensão de uma política pública que é a PNVSA no Brasil e especificamente sobre o seu histórico, constituição e organização estrutural.

4. CAPÍTULO III: A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVSA) NO BRASIL: HISTÓRICO, CONSTITUIÇÃO E ESTRUTURA.

Com a diversidade de situações existentes no país que interferem, muitas vezes, na saúde da população, surge inúmeras estratégias ao longo do tempo no sentido de prevenir, controlar e tratar determinadas doenças por meio de ações ou medidas que vise o atendimento adequado à população, uma delas ocorre através da vigilância em saúde, considerada uma das funções essenciais da saúde pública como afirmou Neto et. al (2017).

A vigilância na área da saúde ocorre desde a Idade Média por meio da *quarentena*, a qual estava associada à ideia de vigiar lugares e pessoas em determinado período de tempo, procedendo ao isolamento das infectadas para evitar a disseminação de doenças. Porém, a utilização do termo “vigilância” como *instrumento* para a saúde pública surge somente a partir do final do século XIX com o desenvolvimento da microbiologia e da parasitologia que propiciou práticas voltadas aos modos de transmissão das doenças,

técnicas de controle de vetores, saneamento ambiental e educação sanitária das populações. (NETTO; et.al, 2017; GUIMARÃES, et. al., 2017).

De acordo com Teixeira; Paim e Vilasbôas (1998) a vigilância em saúde ganha uma dimensão maior na década de 50, se estendendo para além das doenças infectocontagiosas e incorporando a noção de *vigilância epidemiológica* que agrega questões relativas aos “*riscos, danos, condicionantes e determinantes*” dos problemas de saúde. Diante dessa evolução histórica, foi possível consolidar uma aceção mais abrangente da vigilância em saúde, a qual é entendida atualmente como:

Art.02 §1:“O 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)

No bojo das discussões em torno da Vigilância em Saúde, foi pensada e aprovada a PNVSA sendo esta “uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.” (BRASIL, 2018)

A formulação da PNVSA ocorre com base em diretrizes propostas na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde realizada em Brasília (Brasil) no ano de 2018 que contou com a participação de diferentes entidades, movimentos sociais, profissionais da saúde e ONGs em geral. O alcance desse espaço público democrático ocorreu através de mobilizações que se iniciaram na base da sociedade, por meio de conversas e debates em conferências livres que deram impulso para a realização da 1ª conferência, considerada um grande marco histórico para o setor de saúde.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 588/12 de julho de 2018 ficou instituída que as ações e serviços da PNVSA devem ocorrer em articulação com o Sistema único de Saúde (SUS) e entre as vigilâncias (epidemiológica, em saúde ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária) tendo como foco as práticas de saúde em nível local, as quais precisam considerar o território e atuar de forma integrada.

Netto et. al. (2017) afirmaram que considerar o território nas coletas de dados para a saúde é essencial para que a atuação da vigilância em saúde alcance bons resultados, pois é no território que acontecem as relações de vida e trabalho e os diversos aspectos inerentes a estes. Ainda, de acordo com os autores:

Ao se considerar aspectos de natureza econômica, social, ambiental, cultural, política e suas mediações a Vigilância em Saúde amplia e empodera a sua capacidade de identificar onde e como devem ser feitas as intervenções de maior impacto no território. O conceito de território oferece uma possibilidade

da observação das dinâmicas das situações de risco e das atividades humanas nele materializados, com uma historicidade e mobilidade intercambiada com cenários mais amplos e trajetórias da população e seus modos de reprodução, dadas por fluxos e configurações demográficas espacializadas relacionadas aos modos de desenvolvimento regionais. (NETTO; et.al, 2017, p.3144)

Dessa forma, entende-se que a atuação da PNVSA precisa considerar as dinâmicas de cada contexto em específico, sua atuação descentralizada, com foco no contexto local é de suma importância, pois possibilita a visualização das situações que requerem atenção pública para assim poder intervir de forma adequada e estratégica, sendo de responsabilidade de todas as esferas do governo, Federal, Estadual e Municipal e de competência das Secretarias de Saúde e da gestão de Vigilância em Saúde.

No âmbito municipal, o art. 13 da Resolução CNS/588/12 de 2018 estabelece as seguintes atribuições da PNVSA:

“I – coordenar em âmbito municipal a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde:

II – coordenar e executar, em âmbito municipal. a) as ações e serviços de vigilância em saúde sob sua competência; b) as ações de laboratório sob sua competência, necessárias para a vigilância em saúde, de forma articulada com a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; c) os programas estratégicos municipais voltados a atuação da vigilância em saúde; d) as ações de vigilância, nas situações de emergências em saúde pública de importância municipal.

III – participar da pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de vigilância em saúde.

IV – conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de vigilância em saúde no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

V – pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

VI – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo a criação, o apoio e o fortalecimento de comissões de vigilância em saúde nos Conselhos Municipais de Saúde.

VII – elaborar normas pertinentes à vigilância em saúde complementares às disciplinas estadual e nacional.

VIII – regular, controlar, avaliar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde.

IX – colaborar com a União na execução das ações sob vigilância sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite.

X – monitorar e avaliar as ações de vigilância em seu território, incluindo os indicadores pactuados para avaliação das ações de vigilância em saúde.

XI – implementar a gestão e a alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância.

XII – promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional.

XIII – participar, em conjunto com o Estado e com a União, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência.

XIV – articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns.

XV – implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, o registro de doenças e agravos de notificação compulsória, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, assim como de outros dados pertinentes à vigilância em saúde no conjunto dos sistemas de informação em saúde.

XVI – desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à vigilância em saúde.

XVII – monitorar e avaliar as ações de vigilância em seu território, bem como regular, e auditar as ações e a prestação de serviços em vigilância em saúde, no âmbito de sua competência.

XVIII – prover insumos estratégicos, conforme termos pactuados nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.

XIX – gerir o estoque municipal de insumos de interesse da vigilância em saúde.

XX – participar do financiamento das ações de vigilância em saúde, alocando recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política.

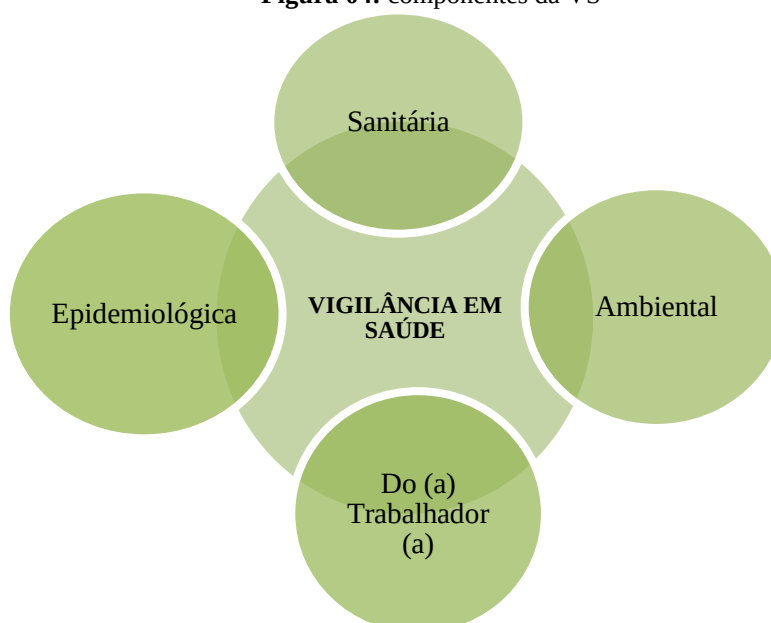
XXI – promover e desenvolver ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde.” (BRASIL, 2018)

Netto, et. al. (2017) afirmaram que as características da natureza da ação em Vigilância em Saúde devem ser garantidas pela adequação de estruturas, recursos humanos e orçamentários. Estes elementos só podem ser alcançados mediante acompanhamento dos Conselhos de Saúde, estar presente em planos anuais de saúde e no orçamento de todas as esferas do poder, sendo fundamental a participação da sociedade e controle social para que as ações sejam efetivadas.

4.1 COMPONENTES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dentre os componentes da Vigilância em Saúde, destaca-se a Vigilância Sanitária Epidemiológica, Ambiental e do (a) trabalhador (a), (Figura 04), as quais apresentam distintos graus de desenvolvimento e institucionalização.

Figura 04: componentes da VS



Fonte: elaborado pela autora do trabalho

Mendes et. al. (2016) afirmaram que no Brasil a VISA e VE têm origens muito anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e se desenvolveram desigualmente, em diferentes setores do órgão federal de saúde, durante todo o século XX. Enquanto a VISAT se instituiu com o próprio SUS, após a Constituição de 1988 e a VSA é ainda mais recente. A seguir apresenta-se um breve histórico de cada uma, suas definições, estruturas e campos de atuação.

4.1.1. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) surge no Brasil com a chegada da corte portuguesa em 1808, quando houve a abertura de portos para as nações amigas de Portugal e a intensificação das trocas comerciais. Ao mesmo tempo em que se adequavam as exigências ao comércio internacional, era necessário adotar medidas de proteção contra epidemias que poderiam se espalhar pelo país. Suas ações estavam voltadas a fiscalização, punição e cobrança de taxas nas áreas de interesse da saúde pública. Nesse período que a VISA é reconhecida como responsabilidade do governo no controle sanitário. (LAGUARDIA, 2017)

No entanto, Costa, Fernandes e Pimenta (2008) afirmam que por muito tempo a VISA permaneceu as margens das políticas de saúde, tendo pouca visibilidade e apreensão social a respeito de sua importância, sendo raramente abordada entre as temáticas da Saúde Coletiva. A mesma só ganha força no Brasil a partir da década de 70, com a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS) tornando-se visível no setor de saúde e ao mesmo tempo se constituindo como uma área de conflitos. É importante ressaltar que nesse mesmo período houve a incorporação do termo “vigilância” em substituição ao antigo termo “fiscalização”, onde as ações se voltaram à precaução, ao cuidado e prevenção e não apenas a controle e punição.

No ano de 2018, a VISA no Brasil foi incorporada no âmbito da Política Nacional de Vigilância em Saúde, alcançando maior visibilidade, devido o reconhecimento de sua importância no setor de saúde, sendo definida atualmente como:

Art. 06-XIII: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as

etapas e processos, da produção ao consumo e descarte. (BRASIL, 2018, p. 04)

Assim, considera-se a VISA como um campo abrangente e complexo, pois sua atuação está voltada para o controle de todos os processos, desde a produção até o consumo dos bens que podem interferir de modo geral na saúde, sendo sua natureza essencialmente preventiva. Nesse sentido entende-se que “as vigilâncias são plurais e complexas e requerem desenvolvimento para maior efetividade de suas ações” (SETA, OLIVEIRA e PEPE, 2017, p. 3232), demandando de articulação e integração entre as vigilâncias e profissionais qualificados com infraestrutura suficiente para o desenvolvimento das atividades, bem como recursos financeiros para seus sistemas.

Em sua atuação, VISA possui o atributo do “poder de polícia, de natureza administrativa, que lhe permite limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público.”, sendo o poder um atributo para o cumprimento do dever que tem o Estado de proteger a saúde. (SILVA; COSTA & LUCCHESI, 2018, p.1954). Dessa forma, suas ações devem estar sempre voltadas ao bem estar coletivo, visando estratégias de intervenção direcionadas à prevenção, proteção e promoção da saúde.

As **ações preventivas** são importantes para evitar o surgimento de doenças específicas com redução de sua incidência e prevalência, enquanto a **proteção** direciona-se a eliminação de riscos como possibilidade de ocorrer eventos que poderão provocar danos à saúde, sem que se saiba de imediato qual seria este evento e se por ventura ocorreria na prática. Já a **promoção**, está ligada a algo mais amplo, estando voltada ao bem estar de determinado grupo ou comunidade e a sua qualidade de vida, buscando sempre identificar e enfrentar os problemas de ordem maior que influenciam no processo saúde-doença, para assim mudar ou transformar a realidade instaurada e proporcionar efeitos positivos para a saúde das pessoas. Na maioria das vezes, essa promoção se dá por meio de atuação sobre bens, serviços e ambientes, como por exemplo: regulação de propaganda de produtos, práticas e serviços que sejam nocivos à saúde e ao ambiente, sendo suas intervenções pautadas em ações comunicativas e educativas que vise a defesa da saúde, a fim de contribuir no sentido de ajudar as pessoas a enfrentarem os condicionantes da saúde. (VITERBO; et. al; 2020)

No Brasil, as atividades inerentes à vigilância sanitária são executadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) criado pela Lei Federal no 9.782, de 26 de janeiro de 1999 e coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), um órgão diretamente vinculado ao Ministério da Saúde. (SILVA, et. al; 2021)

A finalidade dessa agência é proteger a saúde da população mediante o controle sanitário sobre produtos e serviços relacionados com a saúde. São atividades indelegáveis, entre outras, a concessão, o registro e a proibição da fabricação, distribuição e venda de produtos e insumos. Às demais instituições – estaduais, municipais e do Distrito Federal – que compõem esse sistema, podem ser delegadas atividades como normatização, autuação e aplicação de penalidades. (ALENCAR, et. al; 2019)

Vale ressaltar que a criação da ANVISA é um “divisor de águas” na conformação da VISA no Brasil. Embora, sua competência regulatória seja alvo de controvérsias e de fortes resistências ao seu exercício regimental, pois muitos patrocinadores, segmentos empresariais e parlamentares, em face de seus interesses particulares e corporativistas, tendem a divergir no que diz respeito às decisões de autonomia da VISA, causando muitas vezes, pressão sobre o Estado. (SILVA, COSTA & LUCCHESI, 2018).

4.1.2. Vigilância Epidemiológica

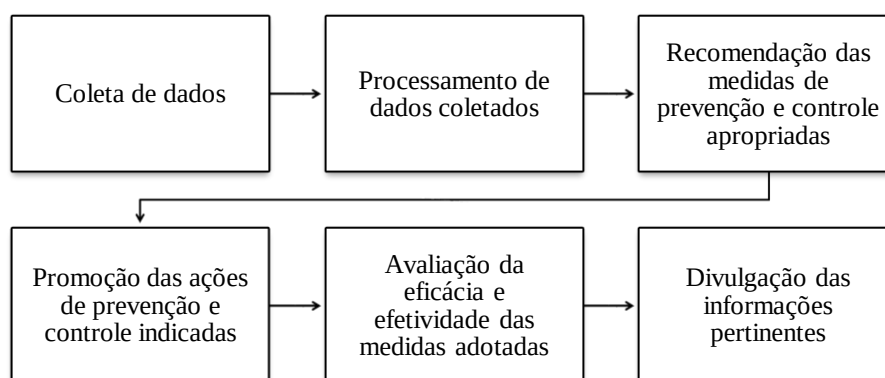
Do ponto de vista etimológico, a palavra "epidemiologia" pode ser dividida nas raízes gregas "epi", "demos" e "logotipos", que respectivamente significam "sobre", "pessoas" e "o estudo de". Historicamente, a epidemiologia tem se concentrado em fatores de nível populacional em relação às doenças infecciosas transmissíveis, mas evoluiu para incluir doenças infecciosas não transmissíveis. (HERNANDEZ; KIM, 2021)

Nesse sentido, a vigilância epidemiológica passa a ser compreendida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes na saúde individual e coletiva visando recomendar medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde. (BRASIL, 2018); (CANDEIA, ALVES & SILVA, 2021)

A incorporação do termo não-transmissíveis na definição mais recente da vigilância epidemiológica é uma importante conquista que vem se construindo historicamente no âmbito do SUS, resultante de inúmeros debates e discussões por meio participação das pessoas nos espaços democráticos. Um dos grandes marcos para este setor ocorre na V Conferência Nacional de Saúde, onde recomenda-se a institucionalização da “vigilância epidemiológica” no Brasil para definição em bases legais, através da Lei Federal 6.259 de 1975, sendo esta regulamentada pelo Decreto 78.321 de 1976,11, o qual instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), conceituando-o como o conjunto de informações e investigações necessárias à programação e a avaliação das ações de controle de doenças e de agravos à saúde.

De acordo com Brasil (2009) a operacionalização da VE compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da VE (Figura 05):

Figura 05: funções da Vigilância Epidemiológica



Fonte: elaborado pela autora do trabalho.

As funções da VE são competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal). A execução das funções é inerente ao nível municipal que precisa obter conhecimento analítico da situação de saúde local, enquanto os níveis estaduais e federais conduzem as ações, em caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de atuação e de longo alcance, além de forma estratégia complementar ou suplementar aos demais níveis. (BRASIL, 2009).

A Notificação Compulsória de Agravos é um dos principais instrumentos para que as funções da VE sejam cumpridas, pois a partir da notificação⁴ se desencadeia o processo de informação-decisão-ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário. Em campo, os responsáveis pela coleta de dados, deverão realizar o tratamento e a estruturação dos dados de forma cuidadosa, para que a informação adquirida possa subsidiar as atividades inerentes ao planejamento, à avaliação, manutenção e aprimoramento das ações. (ECKERDT, PRÉVE & SABINO, 2013)

O SINAN (Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação), concebido e desenvolvido no ano de 1993 é considerado uma ferramenta que muito

⁴ “É a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.” (BRASIL, 2009, p. 21)

auxilia no planejamento da gestão da VE, visando o registro de informações que estão listadas na Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que estabelece as doenças, os agravos e os eventos de saúde pública de notificação compulsória no território brasileiro, estando disponível em todos os municípios e estados, permitindo contínua consolidação dos dados, avaliação e monitoramento das ações relacionadas ao controle da doença no país, além de apoiar, indiretamente, a aquisição de medicamentos e insumos, visando a definição das prioridades a serem trabalhadas de acordo com a realidade do território. Um importante instrumento é o boletim epidemiológico, utilizado para difundir informações técnico-científicas de forma a nortear projetos da saúde pública. (ROCHA; et. al, 2020). (SILVA; ROSA & OLIVEIRA, 2020).

Carvalho e César (2021) ressaltam a importância da notificação compulsória, sobretudo, no contexto da pandemia da COVID-19, onde entendem que o Brasil ainda precisa avançar com fontes de dados confiáveis, sendo necessário o investimento eficiente em sistemas de informação que realmente sejam interligados, no sentido de gerar relatórios confiáveis, atualizados e que permitam uma análise de dados de forma célere, a fim de possibilitar estratégias em saúde que de fato propiciem a tomada de medidas pelos gestores em saúde, sejam no âmbito público quanto privado, pois diante de um cenário de dados não confiáveis, as consequências podem ser desastrosas.

4.1.3. Vigilância em Saúde Ambiental.

O campo da Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) corresponde as intervenções (ações) relacionadas com a interação entre saúde humana e os fatores do ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, visando melhorar a qualidade de vida do ser humano do ponto de vista da sustentabilidade. A VSA se insere na integralidade da atenção à saúde e atua na interface Saúde e Meio Ambiente com sua visão do território, tendo como base os instrumentos jurídicos da União Unificada do Brasil do SUS. (OLIVEIRA; VIANA & SANTANA, 2021).

De acordo com Brasil (2018) a VSA é definida como:

Conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde. (BRASIL, 2018, art.6)

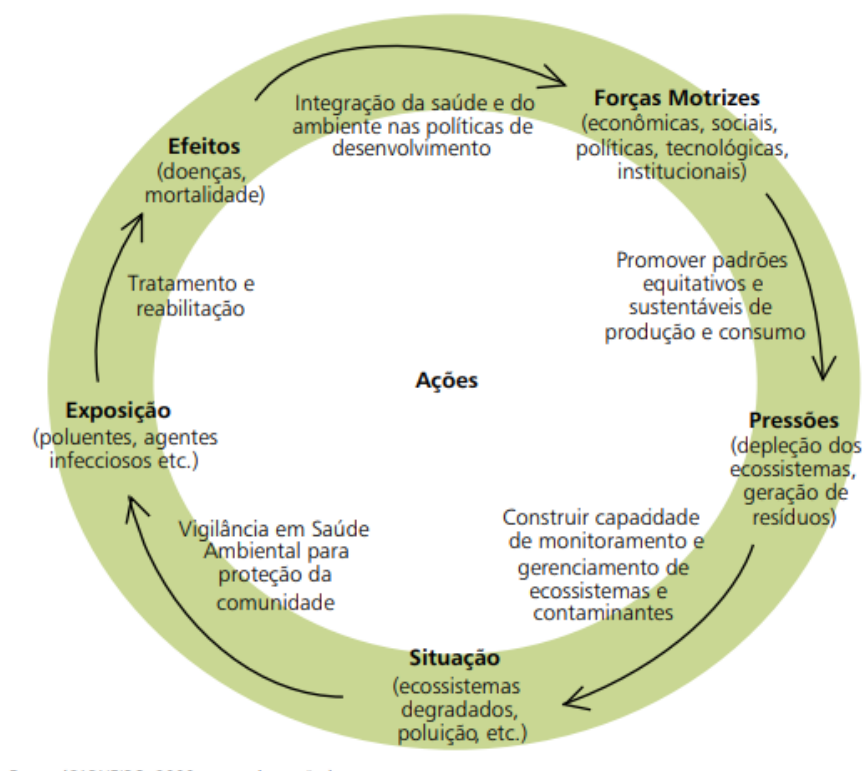
Sendo este o conceito mais recente e abrangente sobre a vigilância em saúde ambiental, servindo de base para as realizações da mesma e guiando seus processos de interação com os indivíduos. Essa vigilância trabalha diretamente com a população e o ambiente, monitorando qualquer instabilidade nessa relação que possa causar danos ou riscos aos envolvidos. É também um componente signficante da Política de Vigilância em Saúde, sendo uma demanda relativamente recente no Brasil como afirmou Oliveira e Cruz (2015) o que a torna vital para o reconhecimento de situações de risco à saúde em geral.

O surgimento da VSA no Brasil ocorre no contexto da reforma sanitária, quando houve a necessidade de uma redistribuição dos setores para melhor atender a população e se fez necessário uma forma de proteger a saúde dos impactos ambientais no final da década de 1990, assim, exigindo que a Vigilância em Saúde delegasse funções para seus setores e os reestruturasse. O histórico de construção da VSA está diretamente relacionado à ampliação do conceito de saúde e à constatação de que o modelo de desenvolvimento não sustentável gera danos ambientais e sociais, pois considera apenas o crescimento econômico como sinônimo de progresso e desconsidera outras necessidades da vida humana e de outras espécies do planeta. (FRADE, ET. AL, 2019)

“O conceito de saúde, que outrora significava apenas ausência de doenças, foi implantado pela Organização Mundial da Saúde [OMS] em 1949, quando definiu saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, considerando assim a dimensão psíquica, social e comportamental da atual sociedade, o que inclui o **ambiente** em que se vive.” (ROHLFS; et. al, 2011, p.2)

Bezerra (2017, p. 1051) corroborou quando afirmou que “do sul ao norte do país, presencia-se cada vez mais o surgimento, reaparecimento e a permanência de alguns agravos à saúde, que estão diretamente correlacionados ao ambiente, entendido aqui como o meio natural e produzido no qual a sociedade vive em constante processo de modificação.” A VSA delinea seu campo de atuação a partir dessa correlação entre ambiente e saúde.

Segundo Frade, et. al. (2019) o campo de atuação da VSA, compreende a exposição humana a fatores ambientais e seu impacto na saúde humana. Seu modelo é a Força Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-ação (Figura 06) que mostra a cadeia da causalidade entre as atividades humanas, as pressões ambientais, a situação provocada pelas pressões, a exposição humana às pressões e os efeitos para saúde humana, mostrando o conjunto de ações de promoção e prevenção que podem ser desenvolvidas.

Figura 06: modelo Força Motriz

Fonte: (CARNEIRO, et. al., 2006, com adaptações de BRASIL, 2011).

As forças motrizes seriam fatores que influenciam, em uma escala maior, os vários processos ambientais que poderão afetar, em última instância, a saúde humana, os quais podem estar ligados a fatores econômicos, sociais, políticos, tecnológicos, institucionais. A ação das forças motrizes resultaria em pressões sobre o meio ambiente, as quais seriam geradas por todos os setores da atividade econômica, tais como o setor de transporte, moradia, energia, indústria, turismo, agricultura, extração de madeira, etc. Em cada caso as pressões surgem em todos os estágios da cadeia de produção, desde a extração dos recursos naturais, seu processamento de distribuição, até o consumidor final e os resíduos produzidos. (BRASIL, 2011)

A situação do ambiente poderá se modificar, como resultado das pressões exercidas sobre o mesmo e algumas situações essas mudanças poderão ser complexas e dispersas, afetando em muitos aspectos desse ambiente, tais como o clima, a vegetação, o solo, a água, etc. A saúde das pessoas poderá ser afetada quando estas sofrem exposição a algum fator nocivo, como, por exemplo, proliferação de agentes patogênicos, que muitas vezes encontram condições favoráveis de reprodução e dispersão devido às

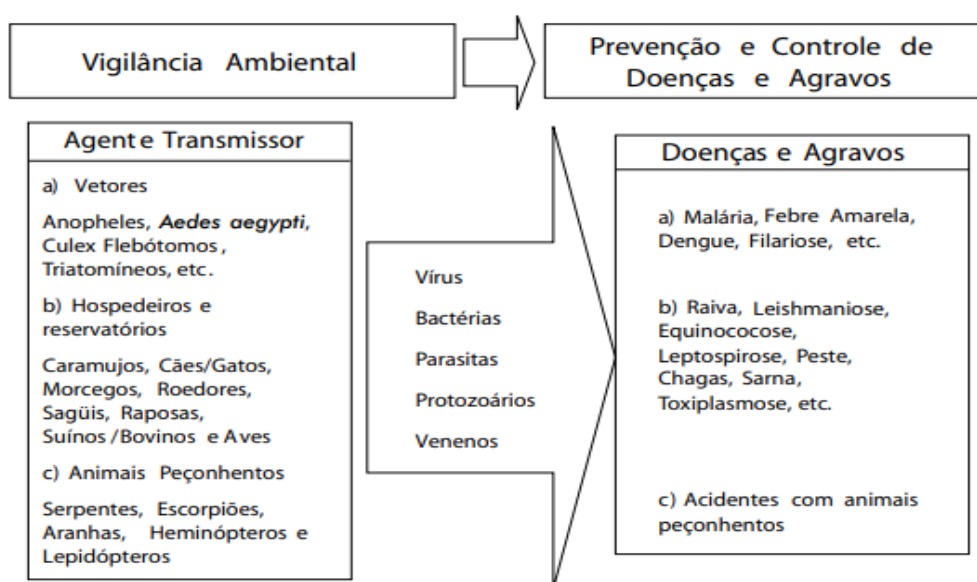
pressões no ecossistema, que em muitos casos alteram o *habitat* e *nicho ecológico* de determinados insetos vetores de doenças levando a mudanças no perfil de saúde de determinada população, grupos ou territórios em específicos, sendo que as inter-relações das situações ambientais são muitas vezes complexas, visto que envolve aspectos de exposição como o local, duração, vias de exposição, suscetibilidade individual e vulnerabilidade socioambiental. Devido a essa complexidade, utilizam-se frequentemente as aproximações, como risco e vulnerabilidade para compreender melhor essas inter-relações. Assim, a VSA subdivide-se em duas áreas, entre elas: a vigilância e controle de fatores de risco biológicos e de risco não biológicos. (BRASIL, 2004); (BRASIL, 2011)

Para a Vigilância em Saúde Ambiental:

“[...] os fatores de risco referem-se aos elementos, situações e condições, bem como aos agentes patogênicos presentes no meio, que representam, sob condições especiais de exposição humana, uma maior probabilidade de gerar ou desenvolver efeitos adversos para a saúde (BRASIL, 2002, p. 1052)

Os fatores de risco biológicos apresentam três áreas de agregação: 1) vetores; 2) hospedeiros e reservatórios; 3) animais peçonhentos. (figura 07)

Figura 07: fatores ambientais de risco biológicos.



Fonte: (BRASIL, 2002)

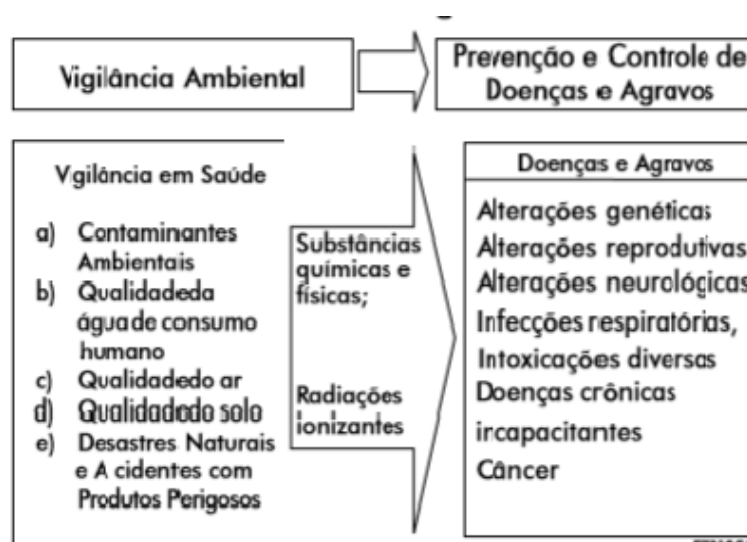
No que diz respeito aos vetores, a vigilância deverá atuar realizando mapeamento das áreas de risco em determinados territórios, utilizando-se da vigilância entomológica a qual segundo Gomes (2002, p. 82) consiste em: “contínua observação e avaliação de informações originadas das características biológicas e ecológicas dos vetores, nos níveis das interações com hospedeiros humanos e animais reservatórios, sob a influência de

fatores ambientais, que proporcionem o conhecimento para detecção de qualquer mudança no perfil de transmissão das doenças.” Com isso, pode-se recomendar medidas que visem a prevenção e o controle de riscos biológicos à saúde a partir dos dados coletados que deverão ocorrer em parceria com a vigilância epidemiológica, a qual dará suporte de informações sobre a incidência e prevalência das doenças, bem como a rede de laboratórios de saúde pública e as inter-relações das atividades de saneamento. (BRASIL, 2002); (BRASIL, 2004).

Em relação aos hospedeiros e reservatórios e animais peçonhentos a VSA também deverá atuar realizando mapeamento de áreas de risco em consonância com a vigilância epidemiológica, laboratórios de saúde pública e saneamento, visando o controle ou eliminação de riscos. (BRASIL, 2002); (BRASIL, 2004).

No que diz respeito aos fatores de risco não biológicos, estes por sua vez apresentam três áreas de agregação: 1) água de consumo humano; 2) contaminantes ambientais; 3) desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. (figura 08)

Figura 08: fatores ambientais de riscos não biológicos.



Fonte: (BRASIL, 2002)

Em relação à qualidade da Água para Consumo Humano, a VSA deverá atuar realizando mapeamento de áreas de risco, utilizando a vigilância da qualidade da água consumida pela população, quer seja aquela distribuída por sistemas de abastecimento de água e aquelas provenientes de soluções alternativas (coletados diretamente em mananciais superficiais, poços ou caminhões pipa), para avaliação das características de potabilidade, ou seja, da qualidade e quantidade consumida, com vistas a assegurar a

qualidade da água e evitar que as pessoas adoeçam pela presença de patógenos ou contaminantes presentes nas coleções hídricas. É importante que a VSA atue em consonância com a vigilância epidemiológica, laboratórios de saúde pública e saneamento, visando o controle ou eliminação de riscos. (BRASIL, 2002); (BRASIL, 2004).

No que diz respeito aos contaminantes ambientais, a vigilância deverá atuar também realizando mapeamento das áreas de risco em determinados territórios, mantendo a constante vigilância dos contaminantes, de forma a minimizar os riscos de doenças decorrentes da exposição aos mesmos, quer seja na atmosfera, coleções hídricas ou no solo. (BRASIL, 2002); (BRASIL, 2004).

Com isso, pode-se recomendar medidas que visem a prevenção e o controle de riscos não biológicos à saúde a partir dos dados coletados que deverão ocorrer em parceria com a vigilância epidemiológica, a qual dará suporte de informações sobre a incidência e prevalência das doenças, bem como a rede de laboratórios de saúde pública e as inter-relações das atividades de saneamento. (BRASIL, 2002); (BRASIL, 2004).

O órgão que compreende o conjunto das ações da VSA é o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS). De acordo com a instrução normativa, nº 1 de 25 de Setembro de 2001 que Regulamenta a Portaria MS n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, o SINVAS compreende:

Art. 1º o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas relativos a vigilância ambiental em saúde, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: I-vetores; II-reservatórios e hospedeiros; III-animais peçonhentos; IV-água para consumo humano; V-ar; VI-solo; VII-contaminantes ambientais; VIII-desastres naturais; e IX-acidentes com produtos perigosos.

É importante ressaltar que a recomendação de medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, é de competência da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), dos Estados e Municípios como destacam os artigos, 2º, 3º e 4º da referida instrução normativa. Dentre as atribuições do nível municipal o art. 6º destaca as seguintes competências:

“I-coordenar e executar as ações de monitoramento dos fatores dos fatores biológicos e não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana;
II-propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
III-propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse de saúde

pública;

IV-coordenar a Rede Municipal de Laboratórios de Vigilância Ambiental em Saúde;

V - gerenciar os sistemas de informação relativos à vigilância de vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças transmissíveis e animais peçonhentos e à vigilância de contaminantes ambientais na água, ar e solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, incluindo: a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do sistema de vigilância ambiental em saúde; b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema; c) análise dos dados; e d) retroalimentação dos dados.

VI - monitorar as atividades de vigilância de vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças transmissíveis e animais peçonhentos e à vigilância de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos;

VII-executar as atividades de informação e comunicação de risco à saúde decorrente de contaminação ambiental de abrangência municipal;

VIII-promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância ambiental em saúde;

IX-analisar e divulgar informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde;

X-fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância ambiental em saúde;

XI-participar do financiamento das ações de vigilância ambiental em saúde, na forma estabelecida na Portaria 1.399/99.” (BRASIL, 2002)

Considera-se que estas competências delegadas ao município são de extrema relevância para que sejam superados os inúmeros desafios presentes nos nossos territórios, sua forma descentralizada contribui ainda mais para que as ações se efetivem, devido à proximidade com o contexto local, possibilitando a visualização das situações que requerem atenção pública, sendo crucial a intervenção para garantir a promoção e prevenção à saúde.

4.1.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

De acordo com Vianna et. al. (2017) a Vigilância em Saúde do Trabalhador (a) (VISAT) surge a partir de um constructo histórico no Brasil a cerca do debate no campo da saúde do trabalhador, sendo consignada posteriormente na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e atualmente incluída na Política Nacional de Vigilância em Saúde, sendo definida como:

Art. 6º -XIV conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho. (BRASIL, 2018, p. 04)

Considera-se o processo de trabalho como um elemento crucial para o estudo dos condicionantes saúde-doença, sendo este um conceito recuperado nos anos 1970 das ideias expostas por Marx em “*o capital*”, o que tem possibilitado reformular concepções

hegemônicas que desconsideram muitas vezes a dimensão social e histórica do trabalho e do binômio saúde-doença. Entende-se que em determinado contexto e relações de produção, sempre teremos condições específicas de trabalho que poderão gerar ou não agravos à saúde. (GOMEZ, VASCONCELLOS & MACHADO, 2018)

Vasconcellos (2018) afirma que são inúmeras as situações de trabalho que podem comprometer a saúde do trabalhador, as quais estão ligadas a diversos aspectos, tais como: econômicos, políticos, sociais, ambientais, etc. O autor entende que em uma sociedade capitalista é mais evidente que a saúde do trabalhador seja comprometida dada as condições que este é submetido, como sobrecarga de trabalho (exploração), exposição a fatores ambientais, que em muitos casos interferem na saúde e qualidade de vida, sobretudo, quando se privilegia os modelos de desenvolvimento com base em grandes empreendimentos que são devastadores para o meio ambiente e para a saúde do trabalhador, a exemplo do agronegócio.

O autor afirma ainda que nesses setores, a VISAT é tida como inconveniente e quase inexistente, daí a importância de fomentar a ação da vigilância em saúde, mesmo em tempos de neoliberalismo, visto que ela é considerada uma política estratégica, típica de Estado, indelegável. E no caso da VISAT ela tem sido negligenciada, o que é contraditório, dada a abundância do marco jurídico-legal que a determina ao SUS. Um exemplo é a institucionalização da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador).

De acordo com Sampaio et. al. (2019) a RENAST foi instituída em 2002, tendo como principal objetivo implementar ações de prevenção, promoção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador em todos os serviços do SUS, tendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como um componente estratégico no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável pelo apoio institucional, técnico e pedagógico no território de sua abrangência, onde a vigilância atua como norteadora das ações que visem a redução dos danos e agravos, bem como a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, os quais são a essência da VISAT.

No entanto, mesmo com grandes avanços no campo institucional, Vasconcellos e Aguiar (2017) afirmaram que no âmbito do SUS, a VISAT é a área que mais enfrenta desafios para a sua efetiva implantação. Vasconcellos (2018) corroborou quando afirmou que o exercício da VISAT ainda é incipiente nos CEREST:

São de diversas ordens as dificuldades para que a VISAT seja parte visceral da missão da Renast: ausência de uma cultura do intervir (agir sobre as causas); capacidade técnica limitada; equipes insuficientes; recursos bloqueados pela

gestão; conflitos de interesse; baixa pressão do controle social; participação e demanda reprimida do movimento organizado de trabalhadores; desvios de finalidade; priorização não epidemiológica; baixa interdisciplinaridade e intersetorialidade; visibilidade periférica e marginal, entre tantas outras. (VASCONCELLOS, 2018, p.04)

Entende-se que são inúmeros os desafios relacionados à atuação da VISAT, dentre os quais a ausência de ação tem sido a mais preocupante, necessitando de uma tomada de posição que impulse para a ação de intervenção, a qual precisa ser imediata e resolutiva, pois sua ausência leva a mais acidentes, doenças e mortes no trabalho como pontuou Vasconcellos (2018).

Pintor e Garbin (2019) corroboraram ao afirmar que muitos desafios precisam ser superados para que as ações sejam efetivas. As equipes de trabalho precisam atualizar seus dispositivos tecnológicos de intervenção diante dos múltiplos cenários do mundo do trabalho atual. Os números de casos de notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho estão longe de se aproximarem do mundo real vivido pela classe trabalhadora.

Corsi; et. al. (2020) destacaram que dentre as múltiplas situações vivenciadas no ambiente de trabalho e inclusive muito comentado nos estudos recentes é o assédio moral/*bullying*, que se caracteriza pela exposição de trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, com diferenças hierárquicas, negativas e desumanas de longa duração no ambiente de trabalho. Isso pode levar o trabalhador à ansiedade intensa e, consecutivamente, ao desencadeamento de doenças como a depressão e, ainda, às causas piores quando os ataques e constrangimentos são contínuos, culminando com a demissão e até mesmo suicídio relacionado ao trabalho. Nesse contexto, a vigilância em saúde do trabalhador torna-se de extrema importância para a intervenção, sendo ela capaz de, primeiramente, dar espaço de fala à voz interna desse sujeito sem que ele seja coagido, com medo de retaliação ou julgamentos.

Para facilitar o entendimento a respeito das distintas vigilâncias, elaborou-se um quadro síntese (quadro 01) que aborda sobre o surgimento de cada uma, suas principais atribuições e órgãos responsáveis.

Quadro 1- Síntese sobre a institucionalização das vigilâncias que integram a PNVSA no Brasil.

Vigilâncias	Surgimento	Atribuição	Órgão
VISA	-Anterior à criação do SUS -Chegada da corte portuguesa em 1808	Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.	SNVS ANVISA
VE	-Anterior à criação do SUS. -V Conferência Nacional de Saúde por meio da Lei Federal 6.259 de 1975.	Abrange as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.	SNVE
VSA	-Após a constituição de 1988). -Contexto da reforma sanitária – final da década de 1990	Abrange as medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.	SINVAS
VISAT	- Após a Constituição de 1988 a partir da criação do SUS (Lei nº 8.080/1990)	Abrange a integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.	RENAST

Fonte: elaborado pela autora do trabalho

Ressalta-se que no contexto atual, é de suma importância a compreensão da atuação das distintas vigilâncias dentro de suas estruturas e particularidades que incorporadas a PNVSA ajudará em sua integração, podendo trazer grandes benefícios para a população na medida em que possam ser implementadas de forma adequada nos territórios, se obedecidas as especificidades de cada contexto.

Para um melhor entendimento a respeito da interação destas vigilâncias na prática, buscou-se entender no capítulo a seguir sobre a atuação da PNVSA no município de Igarapé-Miri, PA, a partir da avaliação da gestão e execução das atividades de implementação de seus componentes, na perspectiva dos atores da política (gestores e coordenadores).

5. CAPÍTULO IV: GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO RELACIONADAS À VE, VSA, VISA, VISAT.

Em 25 de fevereiro de 1998, o médico e ex-prefeito Mário da Costa Leão (*in memorian*) em seu mandato de gestão em Igarapé-Miri, PA sancionou a lei municipal nº 4831/98 que institui o código de Vigilância Sanitária (VISA), no qual foram instituídas competências ao Órgão Municipal de Saúde para a execução de um conjunto de ações sanitárias a serem desenvolvidas, abrangendo não somente às questões oriundas dos processos de produção e consumo, como também ações no âmbito do controle de zoonoses, da Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, as quais entrariam em funcionamento somente com o disposto no referido código e regulamento.

A implantação do código da VISA revela um grande avanço no setor de vigilância em saúde de Igarapé-Miri. Com as iniciativas no âmbito do SUS hoje o município integra a 6ª Regional de Saúde⁵ do estado do Pará, juntamente com Abaetetuba, Moju, Tailândia e Barcarena (sede), a qual visa a descentralização de serviços e redução das barreiras geográficas para melhor atender ao cidadão.

Nesse contexto, as vigilâncias também passam a constituir-se como instrumentos de gestão descentralizadas e atualmente o município de estudo possui três vigilâncias que integram a PNVSA, os quais funcionam no mesmo prédio, entre elas: VISA, VSA e VE, sendo inexistente a atuação da VISAT. Esses dados referentes a não implementação da VISAT integrada as demais vigilâncias no município de estudo, nos faz refletir sobre as discussões já levantadas por Vasconcellos (2018) os quais afirmam que apesar da VISAT apresentar grandes avanços em sua institucionalização, com um marco jurídico legal bem estruturado, ainda assim a mesma não tem funcionado na prática ou não é executada, o que necessita de medidas efetivas que vise a implementação deste componente da PNVSA, o qual tem sido negligenciado.

No que diz respeito às três vigilâncias atuantes no município, o coordenador geral da Vigilância em Saúde afirmou que a VE possuía um total de oito (08) funcionários,

⁵ II – Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde. Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30. Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V - vigilância em saúde (BRASIL, 2011)

sendo os dias trabalho em campo desta vigilância uma vez na semana; enquanto a VISA possuía um total de cinco (05) funcionários e a VSA três (03) funcionários, ambas realizando trabalho em campo três (03) vezes na semana. O número total de funcionários lotados na vigilância em saúde local correspondia a cinquenta e um (51), sendo quarenta e oito (48) efetivos e três (03) contratados.

No quadro 02 a seguir, constam a pontuação máxima das três vigilâncias funcionantes no município, sendo destacados em negrito os valores/números correspondentes às respostas para cada critério utilizado na matriz de indicadores, consensuada por especialistas, por dimensão e subdimensão do modelo lógico da vigilância em saúde.

Com a visualização dos dados coletados por meio da aplicação dos questionários, é possível identificar diferenças e concordâncias de respostas para a mesma pergunta de um critério entre gestores e coordenadores das distintas VS, porém é importante ressaltar que o método utilizado nesta pesquisa ajudou na confiabilidade das análises, permitindo que os pontos críticos das subdimensões ficassem mais explícitos com a interpretação e análise dos dados, aparecendo os pontos em comum que precisam ainda ser melhorados na VS municipal:

Quadro 2. Matriz sobre a pontuação dos critérios e indicadores, consensuada por especialistas, por dimensões e subdimensões do modelo lógico da Vigilância em Saúde.

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

Continua

(Continuação)

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância em Saúde Ambiental	Vigilância Epidemiolo- gica
Estrutura	Recursos Materiais (10,0)	a) Veículos a1- Próprio, uso exclusivo a2- Próprio, uso compartilhado a3- Outro setor, uso compartilhado a4-Não possui (0)	*	*	a1 – 1,66 a2 – 1,04 a3 – 0,64 a4 – 0	a1 – 1,66 a2 – 1,04 a3 – 0,64 a4 – 0	a1 – 1,66 a2 – 1,04 a3 – 0,64 a4 – 0
		b) Materiais suficientes para trabalho administrativo - Insuficiente (0)	*	*	1,66 0	1,66 0	1,66 0
		c) Material de campo suficiente - Insuficiente (0)	*	*	1,66 0	1,66 0	1,66 0
		d) Adequabilidade da qualidade dos materiais de trabalho - Não (0)	*	*	1,66 0	1,66 0	1, 66
		e) Adequabilidade da quantidade dos materiais de trabalho - Não (0)	*	*	1,66 0	1,66 0	1,66
		f) Adequabilidade da disponibilidade dos materiais de trabalho - Não (0)	*	*	1,66 0	1,66 0	1,66 0
	Recursos tecnológicos (10,0)	a) Disponibilidade de recursos tecnológicos para organização e compartilhamento de informações - Insuficiente (0)	*	*	2,0	2,0 0	2,0 0
		b) Existência de banco de dados do serviço municipal de Vigilância - Não (0)	*	*	2,0	2,0	2,0 0
		c) Acesso aos Sistemas de informação - Não (0)	*	3,33	2,0 0	2,0	2,0
		d) Adequado funcionamento dos sistemas de informação - Inadequado (0)	*	3,33	2,0 0	2,0	2,0
		e) Instrumento para normatização das ações (Instrutivo) e1 - Concorda e executa e2 - Concorda e não executa e3 - Discorda e executa e4 - Discorda e não executa	*	e1 – 3,33 e2 – 0 e3 –3,33 e4 – 0	e1 – 2,0 e2 – 0 e3 – 2,0 e4 – 0	e1 – 2,0 e2 – 0 e3 – 2,0 e4 – 0	e1 – 2,0 e2 – 0 e3 – 2,0 e4 – 0

continua

(Continuação)

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

continua

(Continuação)

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

continua

(Continuação)

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

continua

(Continuação)

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância em Saúde Ambiental	Vigilância Epidemio- lógica
Processo	Monitoramento (10,0)	a) Realização de avaliação externa - Não (0)	*	5,0 0	1,42	1,42	1,42 0
		b) Tipos de avaliação externa b1- Metas quantitativas instrumento normatizador + análise qualitativa das ações b2- Metas quantitativas instrumento normatizador b3- Não é realizada	*	*	b1 – 1,42 b2 – 1,22 b3 – 0	b1 – 1,42 b2 – 1,22 b3 – 0	b1 – 1,42 b2 – 1,22 b3 – 0
		c) Avaliação externa com periodicidade quadrimestral, conforme instrumento normatizador - Outro (0)	*	*	1,42 0	1,42 0	1,42 0
		d) Realização de avaliação interna - Não (0)	*	5,0 0	1,42 0	1,42 0	1,42
		e) Existência de protocolo para avaliação interna - Não (0)	*	*	1,42 0	1,42 0	1,42 0
		f) Tipos de avaliação interna f1- Metas quantitativas segundo planejamento + análise qualitativa das ações f2- Metas quantitativas segundo planejamento f3- Análise qualitativa das ações f4- Não realiza	*	*	f1 – 1,42 f2 – 1,22 f3 – 0,42 f4 – 0	f1 – 1,42 f2 – 1,22 f3 – 0,42 f4 – 0	f1 – 1,42 f2 – 1,22 f3 – 0,42 f4 – 0
		g) Periodicidade das avaliações internas g1- Mensal g2- Quadrimestral g3- Anual g4- Outro	*	*	g1 – 1,42 g2 – 1,42 g3 – 0,71 g4 – 0	g1 – 1,42 g2 – 1,42 g3 – 0,71 g4 – 0	g1 – 1,42 g2 – 1,42 g3 – 0,71 g4 – 0
	Gestão do processo (10,0)	a) Gestão dos processos de trabalho feita segundo principais agravos e estratégias - Não (0)	*	10	10	10	10

continua

(Continuação)

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Pontuação máxima das Vigilâncias				
			Gestor	Coord Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	Vigilância em Saúde Ambiental	Vigilância Epidemio- lógica
Resultado	Satisfação profissional (10,0)	a) Pessoal a1- Completamente satisfeito a2- Pouco satisfeito a3- Satisfeito a4- Muito insatisfeito a5- Completamente insatisfeito	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0	a1 - 5,0 a2 - 3,75 a3 - 2,5 a4 - 1,25 a5 - 0
		b) Em relação ao serviço b1- Completamente satisfeito b2- Pouco satisfeito b3- Satisfeito b4- Muito insatisfeito b5- Completamente insatisfeito	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0	b1 - 5,0 b2 - 3,75 b3 - 2,5 b4 - 1,25 b5 - 0
	Resolubilidade por metas para a Vigilância Sanitária * (10,00)	a)Cumprimento das metas do instrumento normatizador para Vigilância Sanitária (itens 1 a 6)	*	*	a1 a a6 - 1,66	*	*
	Resolubilidade por metas para a Vigilância Ambiental * (10,00)	a)Cumprimento das metas do instrumento normatizador para Vigilância Ambiental (itens 1 a 10)	*	*	*	a1 a a10 - 1,0 0	*
	Resolubilidade por metas para a Vigilância Epidemiológica (10,0)	a) Cumprimento das metas do instrumento normatizador para Vigilância Epidemiológica (itens 1 a 22)	*	*	*	*	a1 a a22 - 0,45 0

Fonte: adaptado de Donateli, et, al (2017) para o município de Igarapé-Miri, Pará, Brasil 2020.

A partir do quadro 02, elaborou-se uma tabela com a pontuação de cada critério relacionado às três dimensões: estrutura, processo e resultado, gerando um subtotal para cada subdimensão. Entre os pontos críticos das VS destacam-se as subdimensões: recursos materiais e tecnológicos, gestão da informação, execução das ações, monitoramento e resolubilidade. (tabela 02)

Tabela 1: Pontuação dos critérios e indicadores da VS em Igarapé, Miri, Pará, Brasil.

Nível de atuação	Estrutura				Processo					Resultado		
	RH	Inf	Rec Mat	Rec. Tecno	Gestão Adm.	Educ Cont.	Gestão da inf.	Exec das ações	Monit	Gestão do proc.	Satis Prof	Resolub
GESTOR	9,02	*	*	*	0	10	*	*	*	*	8,75	*
COORDE	6,34	*	*	10	1,7	6,66	9,49	*	0	10	7,5	*
VISA	7	8	0	6	10	8	8,69	6,008	4,68	10	7,5	9,966
VSA	8,2	6	0	8	10	8	5,36	4,724	2,84	10	6,25	0
VE	7,32	6	3,96	4	8,37	8	3,33	4,588	2,55	10	7,5	0
Subtotal	37,88	20	3,96	28	30,07	40,66	26,87	15,32	10,07	40	37,5	9,966

GESTOR = Secretário de Saúde. COORD = Coordenador da Vigilância em Saúde; VISA = Vigilância Sanitária
VSA = Vigilância em Saúde Ambiental; VE = Vigilância Epidemiológica.

Fonte: elaborado pela autora do trabalho.

Em relação aos recursos materiais, os fatores principais relacionados a este ponto crítico estão na não disponibilidade de veículo próprio/ uso exclusivo para ambas as vigilâncias atuarem no desenvolvimento das atividades. Além disso, os coordenadores não possuem materiais suficientes para o trabalho administrativo, assim como o material de campo. Há uma inadequação tanto na qualidade quanto na quantidade dos materiais de trabalho para a VISA e VSA, não estando disponíveis para todas as VS.

Em relação aos recursos tecnológicos, apenas a VISA tem Disponibilidade de recursos para organização e compartilhamento de informações, confirmando existência de banco de dados do serviço municipal de Vigilância, por outro lado, não possui acesso aos sistemas de informação, sendo que este funciona de forma inadequada para esta vigilância. O coordenador esclarece que o não acesso a esses sistemas de informação, é devido ficarem concentrados no Centro de Especialidade “Flor do Miri” (local onde se realizam agendamentos e consultas médicas), o mesmo afirma que os dados coletados deveriam permanecer também na Unidade de Vigilância em saúde municipal, porém no município de estudo isso não ocorre.

Em contraposição, a VE não tem disponibilidade de recursos tecnológicos e não confirma a existência de banco de dados do serviço municipal de vigilância, por outro lado, ela afirma possuir acesso aos sistemas de informação. Neste caso, a VSA também não possui disponibilidade de recursos tecnológicos, mas afirma possuir tanto o banco de dados quanto o acesso aos sistemas de informação. Nesse sentido, percebe-se que há uma

discordância nas respostas de cada um, porém ficando explícito que ambas enfrentam desafios com relação ao banco de dados da VS municipal. Em relação ao Instrumento para a normatização das ações (Instrutivo) a VISA e VSA concordam e executam, enquanto a VE concorda, mas não executa.

No que diz respeito à subdimensão, gestão da informação, a VISA e VSA realizam mensalmente o envio de planilhas dos sistemas de informação, enquanto na VE o envio das planilhas ocorre sem regularidade, sendo que a informação é um dos principais papéis da VE, pois ela auxilia as demais vigilâncias atuarem intervindo na realidade, sendo importante informação para a ação, no entanto a ausência de uma regularidade no repasse dessas informações, implicará no trabalho das demais vigilâncias, ficando de certa forma, comprometido, além disso a VE assim como a VSA não possui canais de comunicação diretos com a população, o que de certa forma prejudica as ações. Moraes, et. al (2021) afirmam que uma melhor saúde está relacionada com o fortalecimento de informação em espaços democráticos para a comunidade e no município de estudo o art. 41 da lei municipal 4831/98 garante à população a sua participação.

Em relação ao ponto crítico da subdimensão: execução das ações, a VE não realiza as ações obrigatórias, e a periodicidade das ações obrigatórias e da realização das ações de promoção em saúde para ambas as vigilâncias ocorrem de acordo com as condições do serviço, não sendo realizadas metas quadrimestrais. É importante ressaltar que apenas a VISA e VE realizam ações de promoção em saúde no município, a qual é considerada uma das ações fundamentais desta vigilância, como afirmaram Silva; Costa e Lucchese (2018).

Dentre as ações integradas com as demais vigilâncias, a VISA realiza inspeções e investigação de surtos e agravos, enquanto a VSA realiza apenas análises ambientais, não realizando outras ações como monitoramento de vetores conforme o art. 6º da instrução normativa, nº 1 de 25 de setembro de 2001 que Regulamenta a Portaria MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 do SINVAS e conforme o I do art. 2 e art. 32 da lei municipal nº 4831/98 que trata das zoonoses, incluindo o controle de vetores. Enquanto a VE realiza ação de promoção da saúde e investigação de surtos e agravos. Porém ressalta-se, que ambas as três vigilâncias não realizam ações articuladas com a APS (Atenção Primária em Saúde) e as ações articuladas com outros órgãos/ instituições apresenta restrições para a VISA e VE.

No que diz respeito ao ponto crítico da subdimensão: monitoramento, a VE não recebe avaliação externa e realiza avaliação interna, porém sem um protocolo e com

apenas análise qualitativa das ações e periodicidade anual. Enquanto a VISA e VSA recebem avaliação externa sem periodicidade quadrimestral, além disso, ambas não realizam avaliação interna, sendo este um fator complicador, pois tanto a avaliação interna quanto externa é de extrema relevância para que se alcance a qualidade na saúde e este setor estratégico carece de avaliação contínua para que os agentes possam direcionar o trabalho de forma efetiva.

Nesse sentido, Donateli, et. al (2017) corrobora ao afirmar que as avaliações internas, realizadas nos contextos municipais, poderiam constituir-se em instrumentos importantes de complementação dos processos avaliativos instituídos, auxiliando a qualidade dos processos de trabalho, porém a constatação da autora é que a maioria dos municípios não costumam realizar avaliação interna. Além disso, as ações das VS, muitas vezes, são fragmentadas, não havendo uma integração entre elas. Os achados desta pesquisa revelam que essa fragmentação entre elas, ocorre também no quesito ‘avaliação’, visto que apenas uma VS realiza a avaliação interna, enquanto as outras duas não realizam.

Em relação à satisfação profissional, percebe-se que há uma concordância de informações entre o coordenador geral da VS e os demais coordenadores das distintas vigilâncias, onde afirmam estarem pouco satisfeitos com o trabalho. O coordenador da VE prefere justificar a sua afirmação alegando que sua insatisfação não se deve a sua falta de ação ou incompetência profissional, mas sim no enfrentamento de diversos entraves que dificultam a implementação das ações que muitas vezes não se dá apenas com a inexistência de recursos materiais e tecnológicos, mas com a burocratização que enfrenta no processo de trabalho para implementação das ações. Ressalta que muitas vezes vem um determinado recurso, porém enfrentam dificuldade de acesso. O mesmo elenca várias ações que a VS municipal teria condições de executar, mas com a falta de apoio sente-se impossibilitado.

Em relação ao ponto crítico da subdimensão, resolubilidade por metas, apenas a VISA afirma cumprir com as metas do instrumento normatizador para Vigilância Sanitária, enquanto as demais VS afirmam não terem alcançado todas as metas, o que necessita de um aprofundamento maior sobre estas para entender particularmente as condições necessárias para que estas possam ser efetivadas na prática.

No que diz respeito ao grau de atuação das distintas VS, ambas as vigilâncias: VSA e VE, foram classificadas como insatisfatório (5,24 e 5,12, respectivamente) e a VISA como intermediário (7,46). Tal diferença, se deve principalmente à dimensão Resultado

onde a VSA obteve pontuação (3,12) e a VE (3,75) que se deve ao não alcance das metas previstas no instrutivo. (tabela 03)

Tabela 02: Escores segundo níveis de atuação relativos às dimensões da VS em Igarapé-Miri, Pará.

Vigilâncias	Estrutura	Processo	Resultado	Escore de atuação das dimensões
VISA	6,2	7,47	8,73	7,46 ^b
VSA	6,44	6,18	3,12	5,24 ^a
VE	5,93	5,69	3,75	5,12 ^a

VISA = Vigilância Sanitária; VSA = Vigilância em Saúde Ambiental; VE = Vigilância Epidemiológica. Grau de atuação da Vigilância em saúde municipal. ^aGrau de atuação insatisfatório. ^bGrau de atuação intermediário. ^cGrau de atuação avançado.

Fonte: elaborado pela autora do trabalho

Para alguns autores como Tanaka; Melo (2004) e Gil (2005), as dificuldades inerentes à implementação do instrutivo norteador das ações da vigilância em Saúde, estão relacionadas aos fatores como insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros, o que leva à descontinuidade das ações. Em contraposição à afirmação dos autores, os resultados desta pesquisa constataram que nem sempre o recurso humano exerce influência direta, muitas vezes a dificuldade no acesso ao recurso financeiro para a execução das ações, a falta de uma integração no processo de atuação das vigilâncias, a precariedade em relação à gestão da informação ou a ausência de uma avaliação interna/monitoramento, também podem afetar diretamente a resolubilidade das mesmas, sendo priorizadas apenas algumas ações em detrimento de outras.

Além disso, Albuquerque, et. al. (2019) ressaltam que há evidências de que a Região Amazônica requer intervenções complexas e que estas são particularmente sensíveis aos contextos organizacionais em que se inserem, sendo que este fator repercute também no nível de implantação e desempenho das VS que muitas vezes decorre de interferência do contexto local, considerando que muitos municípios são extensos, onde não são oferecidas boas condições infra-estruturais, como transportes, por exemplo, que são necessários para o deslocamentos dos agentes, muitas vezes por via fluvial, o que dificulta a integração das ações e serviços. Os autores afirmam ainda, que os dados levantados em seis (06) regiões de saúde brasileiras, entre elas: V Diretoria Regional de Saúde (São Paulo), Região de Saúde do entorno de Manaus e Alto Rio Negro (Amazonas), Região de Saúde da Baixada Cuiabana (Mato Grosso), Região de Saúde 9 - Carbonífera/Costa Doce

(Rio Grande do Sul), VIII Região de Saúde (Pernambuco), Núcleo Regional de Saúde Norte (Bahia), sinalizam uma dificuldade estrutural generalizada da vigilância em saúde no território nacional, onde constatou-se que a insuficiente disponibilidade de recursos físicos e financeiros dificulta o avanço da política.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os desafios enfrentados no processo de gestão e execução da política de vigilância em saúde como constatado no município de estudo, perpassando pela carência de infraestrutura e apoio adequado na realização das atividades de implementação. A unidade de vigilância ainda enfrenta ausência de recursos básicos necessários ao trabalho diário dos agentes e na condução das atividades em campo, além de desafios técnicos e gerenciais para articular com os diferentes territórios na implementação das ações.

As fragilidades constatadas relevam a necessidade de mais investimentos financeiros que viabilizem a política, planejamentos que envolvam a população em seus territórios e comunicação direta com elas, além do monitoramento contínuo e avaliação por parte da VS municipal para se atuar neste contexto dinâmico que são os territórios da Amazônia.

A formação dos agentes torna-se essencial também para se ter uma compreensão mais adequada da política, pois são vários os saberes inerentes à vigilância em saúde que precisam ser trabalhados em uma lógica de integração desses saberes, visto que as diferentes áreas não estão dissociadas.

Entende-se que são iniciativas múltiplas que precisam estar sendo conduzidas pela vigilância, as quais partem desde a qualificação dos agentes que atuam na implementação da política até o mapeamento dos territórios de atuação, sendo que muitos municípios de pequeno e médio porte nem sempre dispõe de todo aparato necessário para dar conta do processos inerentes as várias e complexas ações que precisam ser desenvolvidas e que muitas vezes nem são pensadas, carecendo de apoio efetivo do estado para que as ações e transformações aconteçam na prática.

Os resultados desta pesquisa trazem um despertar ao poder público local e estadual e aos órgãos de controle social como os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde no sentido de pensar um projeto de fortalecimento da VS municipal que vise melhorias nesse

setor e possibilite a discussão e elaboração das metas em conjunto com a população para que elas atendem aos seus anseios e as reais necessidades do contexto atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Ana Coelho de; *et. al.* Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, Supl. 2, p. 1-16, 2019.

ALENCAR, Maria Lucia Silveira Malta de. Qualificação das ações de vigilância sanitária: harmonização e descentralização. **Vigil. sanit. Debate**, v. 7, n. 4, p. 111-118, 2019.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. Territórios e Territorialidades específicas na Amazônia: entre a "proteção" e o "protecionismo". **Cad. CRH** [online]. 2012, vol.25, n.64, pp.63-72.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. Terras de Preto, Terras de Santo, Terras de Índio, Uso Comum e Conflito. In: ALMEIDA, Alfredo Wagner B. de. (org.) **Terras tradicionalmente ocupadas. Terras de quilombos, terras indígenas, babaçuais livres, castanhais do povo, faxinais e fundos de pasto**. Manaus. PNCSA/UFAM. 2007.

ALMEIDA, Benedito Brito de; *et. al.* Transformações observadas pelos atores sociais na várzea de Igarapé-Miri (PA) a partir o aumento da produção do açaí (*Euterpe oleracea* Mart.). **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p.1-18, 2021.

ALVES, Elizabeth; ACEVEDO, Rosa. La evaluación cualitativa: reflexión para la transformación de la realidade educativa. 2. Ed. **Colombia: Petroglifo Producciones**, C. A.; 2002.

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. 5ª Ed. São Paulo: Perspectiva. pg.188-245, 1979.

BARUFFI, Mônica Maria. Políticas Públicas. UNIASSELVI, 200p.:il. 2017.

BECKER, Bertha Koiffmann. Amazônia e a política ambiental brasileira. In SANTOS, Milton & BECKER, Bertha K. (org) - **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 3. ed. 2007.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafio. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p.1044-1057, 2017.

BRASIL. Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial União**. 27 jan 1999.

BRASIL. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Resolução de nº 588 de 12 de julho de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf> Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. **Instrução normativa nº 1, de 25 de setembro de 2021.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/funasa/2001/int0001_25_09_2001.html
Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 2011** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. **Lei Municipal nº 4831/98 de 25 de Fevereiro de 1998.** Institui o código de vigilância sanitária no município de Igarapé-Miri. Disponível em: <https://camaramiriense.pa.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/LEI-MUNICIPAL-4.831-1998-C%C3%B3digo-de-Vigil%C3%A2ncia-Sanit%C3%A1ria.pdf>

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde. Vigilância ambiental em saúde.** Brasília, DF: Funasa, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância ambiental em saúde: textos de epidemiologia** / Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Saúde ambiental: guia básico para construção de indicadores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78231-12-agosto-1976-427054-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 03 fev. 2020.

CADORET, M.; FOURNIER, G.; LE PODER, F. EnQuireR: analyzing questionnaires with R. **Journal of Statistical Software**, v. 5, n. 2, p. 6, 2011.

CARDOSO, Fernando Henrique. Notas sobre a reforma do Estado. **Novos Estudos CEBRAP**. Março de 1998.

CARVALHO, Clecilene Gomes; CÉSAR, Jorgino Júlio. A importância da notificação compulsória: COVID-19. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. v.34, n.1, p.11-16, Mar – Mai, 2021.

CASTRO R.; BRONFMAN MN. **Algunos problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud**. IN: IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E MEDICINA, COCOYOC, MÉXICO.(MIMEO), 1997.

CANDEIA, Allinny Leite; ALVES, Danielle Noelle Feliciano; SILVA, Adellúcia dos Santos. He epidemiological surveillance importance in the COVID-19 pandemic. **Envsmoke**, v. 4, n. 2, 2021.

CORSI, Carlos Alexandre Curylofo; *et. al.* Vigilância em saúde do trabalhador: o suicídio relacionado ao trabalho. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 16, n. 4, p. 133-143, jul.-ago, 2020.

CRUZ, Beatriz Nates. Soportes teóricos y etnográficos sobre conceptos de territorio. **Revista Co-herencia**. v. 8. nº 14 Enero-Junio, pp. 209-229, Colombia, 2010.

DAGNINO, Evelina; OLIVEIRA, Alberto J.; PANFICHI, Aldo. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. DAGNINO, Evelina; OLIVEIRA, Alberto J.; PANFICHI, Aldo (org.) **A disputa pela construção democrática na América Latina**. - São Paulo: Paz e Terra; Campinas, SP: Unicamp, 2006.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care (1966). **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DONATELI, Cíntia Pereira; *et. al.* Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, nº 10, p. 3439-3455, 2017.

DOWBOR, Ladislau. **O que é poder local?** – Imperatriz, MA: Ética, 144 p.; 19 cm. 2016.

ECKERDT, Neusa da Silva; PRÉVE, Altamiro Damian; SABINO, Mileide Marlete Ferreira Leal. **Atribuições da Vigilância Epidemiológica**. Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 9, 2013.

FAVARETO, Arilson da Silva; *et al.* Territórios importam – Bases conceituais para uma abordagem relacional do desenvolvimento das regiões rurais ou interioranas no Brasil. **Revista em Gestão, Inovação e Sustentabilidade** – Brasília, v. 1, n. 1, p. 14-46, dez. 2015.

FRADE, Fernanda Valentim conde de castro; *et. al.* Vigilância em Saúde Ambiental. (Número especial: Vigilância em Saúde no Brasil 2003/2009: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais). **Bol. Epidemiol.** [Internet]. p.119-121, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>

FREITAS, Alair Ferreira de. Por uma Abordagem Relacional do Desenvolvimento Territorial Rural. **RESR**, Piracicaba, v. 54, n. 04, p. 667-690, out/dez, 2016.

FREITAS, Henrique; MOSCAROLA, Jean. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE-eletrônica**, v.1, n. 1, jan-jun, 2002.

GENRO, Tarso. Estado, Mercado e Democracia no “olho” da crise. In: RATTNER, Henrique (org.). **Brasil no limiar do Século XXI: Alternativas para a construção de uma sociedade sustentável**. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000. – (coleção Estante USP- Brasil 500 anos).

GIL, Celia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad Saude Publica**. v. 21, n. 2, p.490-498, 2005.

GOMES, Almério de Castro. Vigilância Entomológica. Departamento de Epidemiologia-Faculdade de Saúde Pública-USP, **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 11, n.2 abril/junho, 2002.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1963-1970, 2018.

GUIMARÃES; Raphael Mendonça; et.al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 5, p.1407-1416, 2017.

HAESBAERT, Rogério **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre, Setembro de 2004.

HABERMAS, Juergen. A nova intransparência: a crise do estado de bem estar social e o esgotamento das energias utópicas. Tradução: Carlos Alberto Marques Novaes. **Novos Estudos** nº18 setembro de 1987.

HALPERN, Charlotte; LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. As abordagens a partir dos instrumentos da ação pública. OLIVEIRA, Osmany Porto de; HASSENTEUFEL Patrick (orgs.) **Sociologia política da ação pública: teorias, abordagens e conceitos**. Tradução de Escola Nacional de Administração Pública -- Brasília: Enap, 2021. 460 p.: il.

HÉBETTE, Jean. **Cruzando Fronteira: 30 anos de estudo do campesinato na Amazônia**- Belém: EDUFPA, 2004.

HERNANDEZ, Jose Bien R; KIM, Peggy Y. Epidemiology Morbidity And Mortality. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. StatPearls Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**; Jan, 2021.

HUAMÁN, Maria Josefina. Mesa de concentração para a luta contra a pobreza-Peru. GOMIDE, Denise (org.) **Governo e sociedade civil: um debate sobre espaços públicos democráticos**. São Paulo: Petrópolis: ABONG, 2003.

HUPE, Peter.; HILL, Michel. "E o resto é implementação." Comparando abordagens com o que acontece em processos políticos além de Grandes Expectativas. v.31, ed. 2, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0952076715598828#abstract> Acesso em: 24 jul.2021.

HILL, Michel; HUPE, Peter. Implementing Public Policy. London: **Sage Pub**, 2009.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/igarape-miri.html> Acesso em: 16 ago. 2021.

IBGE notícias. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/16821-safra-de-acai-foi-de-1-1-milhao-de-toneladas-em-2016> Acesso em: 05 mar. 2020.

KELLOGG FOUNDATION, W. K. **Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action**. Battle Creek, 2004.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. Investigação Qualitativa em Educação, v. 2, **Atas CIAIQ**, 2015.

LAGUARDIA, Filipe Curzio. **Vigilância sanitária: o processo de descentralização em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, p. 99, 2017.

LITTLE, Paulo Elliott. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. **Série Antropologia**, Brasília, UnB, nº322, 2002.

LISBOA, Rose Suellen (org.). **Guia [de] elaboração de trabalhos acadêmicos** — 2. ed., rev., ampl. e atual. — Belém: Universidade Federal do Pará, Biblioteca Central, 2019. 101 p.: il. (algumas color.)

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 6ª ed. revista e ampliada, São Paulo editora Atlas S. A, 2007.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **São José dos Campos-SP-Brasil**, v. 20, n. 35, jul.2014.

MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Orgs.) **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MAY, Tim. Pesquisa documental: escavações e evidências. In: MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, Tânia Kátia de Araújo. Reestruturação da gestão das vigilâncias em saúde em Alagoas: a precarização da formação e do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-443, maio/ago. 2016.

MILLER, Pierre; SUREL, Yves. **A análise das Políticas Públicas**. [traduzido por] Agemir Bavaresco, alceu. R. Ferraro. Pelotas: Educat, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de educação médica**. v.33, supl.1, p. 83-91, 2009.

MORAES, Francisco Cezar Aquino de; et. al. Doença de Chagas na Região Norte do Brasil: Análise dos casos no período de 2010 a 2019. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p.1-11, 2021.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 414-430, Jul-Dez, 2019.

NETTO, Guilherme Franco; et. al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p.3137-3148, 2017.

NICOLAS, Daniel Hiernaux. Tempo, espaço e apropriação social do território rumo a fragmentação na mundialização? SANTOS, Milton (org) **Globalização e Fragmentação**. Ed. Hucitec, São Paulo. P. 85-101, 1998.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**- 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, Marco aurélio. **Potência, limites e seduções do poder**. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

OLIVEIRA, Alcione Pinheiro de; PONTES, Altem Nascimento; CAITANO, Thamires Beatriz dos Santos. Aspectos socioeconômicos no contexto de doenças tropicais negligenciadas nos municípios de Abaetetuba e Barcarena, Pará. **Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais**. v. 11 n. 5 ago, set 2020.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, Jan-Mar 2015.

OLIVEIRA, Marcio Sacramento de; VIANA, Diego Mendonça; SANTANA, Maria de Fátima Ebole de. The experience of the Professional Qualification Course in Environmental Health Surveillance: a polytechnical education proposal for SUS in Brazil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p.1-9, 2021.

OLIVEIRA, Stéphanhy Sallomé Sousa; *et al.* Ocorrência de doença de chagas por contaminação oral: estudo de casos. I CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. 15 de junho de 2016. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/19338>. Acesso em: 04 out. 2021.

PANTOJA, Gracilene Ferreira; *et al.* Escola do campo e universo de famílias rurais. In: OLIVEIRA, Mara Rita Duarte; SILVA, Luís Mauro Santos; RAMOS, Geovanna de Lourdes Alves (orgs.) **Práticas de pesquisa e realidade camponesa**. Edição, Edit. Autografia. Rio de Janeiro, Abril, 2018.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PARENTE, Mayara Ferreira; *et. al.* Cenário epidemiológico da Doença de Chagas no Estado do Pará, **Brasi. Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1223-1234 jan./feb. 2020.

PERAFÁN, Mireya Valencia. Multiescalas e multidimensionalidades nas políticas de desenvolvimento territorial. IN: SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da; DEPONTI, Cidonea Machado. **Desenvolvimento regional: processos, políticas e transformações territoriais**. São Carlos: Pedro & João Editores, p. 350, 2020.

PINTOR, Eliana Aparecida da Silva; GARBIN, Andréia De Conto. Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. **Rev Bras Saude Ocup.** v.44, ed.20, p.1-9, 2019.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. A Reinvenção dos Territórios: a experiência latinoamericana e caribenha. En publicacion: Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado. Ceceña, Ana Esther. **CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. p. 151-197, 2006.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. **O desafio ambiental**. SADER, Emir (Org). Rio de Janeiro: Record, 2016.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. **A globalização da natureza e a natureza da globalização**. 8ª ed.- Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

QUESADA, Tania Segura. **Avaliação da gestão do trabalho das vigilâncias em saúde dos municípios polo de saúde da Zona da Mata Mineira**. Viçosa, MG, 2016.

REBELLO, Fabrício Khoury; *et. al.* Padrão e determinante da infraestrutura urbana dos municípios paraenses. Editora Unijuí, v. 19, n. 55, abr./jun. 2021

ROHLFS, Daniela Bousi; *et. al.* A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cad. Saúde Colet**, v.19, n. 4, p. 391-8, Rio de Janeiro, 2011.

ROCHA, Marli Souza; *et. al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n.1, p. 1-13, 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **A globalização e as Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Cristiane Alves dos; *et. al.* **Epidemiologia espacial para os casos de dengue no estado do Pará**. IN: ANAIS XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SENSORIAMENTO REMOTO - SBSR, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 13 a 18 de abril de 2013, INPE.

SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos do IPPUR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 15-26, 1999.

SANTOS, Valéria Regina Cavalcante dos; *et. al.* Acute Chagas disease in the state of Pará, Amazon Region: is it increasing? **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 5, p. 1-6, 2018.

SAMPAIO, Élem Cristina Cruz; *et. al.* Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. (Número especial: Vigilância em Saúde no Brasil 2003/2009: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais). **Bol. Epidemiol.** [Internet]. p.127-129. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SETA, Marismar Horst De; OLIVEIRA, Catia Veronica dos Santos; PEPE, Vera Lúcia Edais. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017.

SILVA, Alessandro Soares da. A ação pública: um olhar sobre o estado, sociedade e políticas públicas. **RG&PP**, v. 8, n. 1, p.194-204, 2018.

SILVA, Giovanna Gomes e; AVIZ, Gabriele Barros de; MONTEIRO, Ronaldo Costa. Perfil epidemiológico da doença de chagas aguda no Pará entre 2010 a 2017. **Para Res Med J**. v. 4, n. 9, p. 1-6, 2020.

SILVA, José Agenor Alvares da; COSTA, Ediná Alves; LUCCHESI, Geraldo. SUS 30 anos: vigilância sanitária. **Rev.Ciência & Saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1953-1962, 2018.

SILVA, Wilma Madeira da; *et. al*. Gestão da qualidade na administração pública: autoavaliação sobre a aplicação de práticas em órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigil. sanit. Debate**, v. 9, n. 3, p.40-48, 2021.

SILVA, William Nicoletti Turazza; ROSA, Maria Fernanda Prado; OLIVEIRA, Stefan Vilges de. Produção de boletins epidemiológicos como estratégia de Vigilância em Saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Vigil. sanit. Debate**, v. 8, n. 3, p.171-177, 2020.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

SOUZA, Lincoln Moraes de. Aspectos teóricos da avaliação de políticas públicas. – Curitiba: CRV, 2019. 152 p.

STUFFLEBEAM, Daniel L. “The CIPP Model for Program Evaluation”. In: STUFFLEBEAM, Daniel L; MADAUS, George F.; KELLAGHAN, Thomas (orgs.), **Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation**. Editora: Springer Publishing, 2ª edição ed. 2000, october, 2013, p.509.

TANAKA, Oswaldo Y; MELO, Cristina. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 121-136.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999, p. 194.

TIRELLI, Cláudia. Conectando políticas públicas e território: a contribuição da perspectiva relacional. In: LIMA, Luciana leite; SCHABBACH, Letícia Maria (orgs.) **Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes** [recurso eletrônico]/.– Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2020, p.414.

UBALDO, João Ribeiro. **Política: quem manda, por que manda, como manda**. 2ª ed. rev., pelo autor. Rio de Janeiro: nova fronteira, 1986.

VALLADARES, Licia. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, fevereiro de 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250985116_Os_dez_mandamentos_da_observacao_participante Acesso em: 02 out. 2021.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 43, supl. 1, p. 1-9, 2018.

VÁZQUEZ, Daniel; DELAPLACE, Domitille. Políticas Públicas na Perspectiva de Direitos Humanos: um Campo em Construção. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 8, n. 14, jun. 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16031669.pdf> Acesso em: 24 jul. 2021.

VIANNA, Lorena Cristina Ramos; VIANNA, Aldo Pacheco; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; VASCONCELLOS, Renato José; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 786-800, jul-set, 2017.

VILHENA, Andrezza Ozela de; *et. al.* Doença de Chagas aguda no estado do Pará, Brasil: série histórica de aspectos clínicos e epidemiológico em três municípios, no período de 2007 a 2015. **Rev Pan Amaz Saude**, v. 11, p.1-11, 2020.

VITERBO, Lilian Monteiro Ferrari; *et. al.* Desenvolvimento de um instrumento quantitativo para inspeção sanitária em serviços de alimentação e nutrição, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 805-816, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ABAETETUBA/BAIXO TOCANTINS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- (TCLE)

Prezado (a) senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre **Monitoramento e avaliação da Política de Vigilância em Saúde em territórios da Amazônia paraense: o caso da cidade de Igarapé-Miri no Baixo Tocantins** que será realizada junto ao setor de Vigilância em Saúde do referido municípios.

A pesquisa faz parte do projeto de Mestrado da discente GRACILENE FERREIRA PANTOJA, matrícula (201975370013) do Programa de pós-graduação em Cidades, Territórios e Identidades (PPGCITI) da Universidade Federal do Pará, Campus Abaetetuba. **O objetivo é avaliar o grau de atuação da Política de Vigilância em Saúde na cidade de Igarapé-Miri, no Baixo Tocantins, Estado do Pará, Brasil.**

Visando alcançar este objetivo, serão realizados diálogos e entrevistas usuários da saúde, gestores e os coordenadores das vigilâncias, com duração prevista em minutos cada; posteriormente os mesmos terão acesso às informações oriundas da pesquisa, pois serão utilizadas para construção do relatório científico, sendo os dados utilizados apenas para fins acadêmicos, não sendo utilizados em outras mídias.

Quanto aos benefícios, estes se darão com a melhoria da qualidade em saúde, facilitando a construção de estratégias mais efetivas nos territórios que impactem diretamente a sociedade e auxiliem na superação dos desafios em parceria com a gestão municipal e os agentes da prática.

Você não será exposto a nenhum risco durante a pesquisa, exceto um possível constrangimento com as nossas perguntas ou presença, pois manteremos sigilo sobre as suas informações pessoais e poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento, pois não haverá prejuízo pessoal por esta causa. Não haverá nenhum tipo de despesas para participação da pesquisa, assim como não haverá nenhuma forma de pagamento para quem participar. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário durante a pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável na Biblioteca da UFPA do Campus Universitário de Abaetetuba, e a outra via será fornecida ao Sr.(a).

Assinatura do pesquisador (a) responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido (a) acerca do conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Data __/__/__ Local: _____
Assinatura do participante

Orientanda: GRACILENE FERREIRA PANTOJA Telefone: (91) 992424990.
Orientador: Prof. Dr. Yvens Ely Martins Cordeiro, E-mail: yemcordeiro@ufpa.br,
Tel:(91) 98158-2313.

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) – Complexo de sala de Aula/ICS-13 –
Campus Universitário, no 01, Guamá. CEP:66.075-110 – Belém-Pará. Tel: 3201-7735
Email: cepccs@ufpa.br.

APÊNDICE B



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ABAETETUBA/BAIXO TOCANTINS**

**QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL:
SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Este questionário é auto aplicado e nele você encontrará perguntas relacionadas às práticas de vigilância em saúde que devem ser respondidas conforme a realidade de seu município. O tempo previsto para concluir este questionário é de aproximadamente 15 minutos. Destaca-se que o seu anonimato é garantido e que as informações fornecidas serão estritamente confidenciais. Agradecemos sua contribuição com a nossa pesquisa.

Este questionário foi formulado a partir da tríade de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian (1984). O método é composto por Estrutura, Processo e Resultado, sendo:

- 1. Estrutura:** Características inerentes às condições físicas dos estabelecimentos;
- 2. Processo:** Corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas no serviço de saúde;
- 3. Resultado:** Produto das práticas em saúde e o benefício destas na vida da população.

1. Identificação Geral	
1.3. Nome do participante	
1.2. Número de identificação do participante	Data da entrevista: / /
1.3. Entrevistador:	
1.4. Município:	
1.5. TCLE assinado	() 1.Sim () 2.Não
1.6. Sexo	() 1.Feminino () 2. Masculino
1.7. Idade	
1.8. Função exercida na secretaria de saúde	() 1. Gestor(a) () 2.Coordenador(a)

ESTRUTURA
Recursos humanos
Formação profissional: escolaridade. ☐ Pós-graduação na área de saúde ou gestão ☐ Superior na área de saúde ☐ Superior ☐ Técnico ☐ Ensino Médio
Tempo que trabalha na Secretaria de saúde _____ Tempo que trabalha nesta função: ☐ Superior a 5 (cinco) anos ☐ Entre 1 (um) e 5 (anos) ☐ Inferior a 1(um) ano.
Vinculação profissional ☐ Efetivo com cargo de confiança ou Concursado ☐ Contratado nomeado em comissão ☐ Outros _____
Carga horária de trabalho ☐ 1. 20 horas semanais ☐ 2. 30 horas semanais ☐ 3. 40 horas semanais
A equipe de trabalho é suficiente para o adequado funcionamento? ☐ Sim ☐ Não Estão bem definidas e reconhecidas por escrito as funções de cada integrante da equipe? ☐ Sim ☐ Não
A equipe de trabalho conhece as metas propostas pelo Ministério da Saúde referentes à vigilância em saúde? ☐ Sim ☐ Não
PROCESSO
Gestão administrativa
As ações de Vigilância em Saúde apresentam metas adequadas à realidade local? ☐ Sim ☐ Não
Educação continuada
A temática das capacitações às demandas dos profissionais é: ☐ 1. Adequada ☐ 2. Inadequada
A equipe de vigilância em saúde recebe capacitações para exercício da função? ☐ Sim ☐ Não Quem é o responsável pelas capacitações? ☐ GRS ☐ Profissional de outra instituição ☐ Profissional da equipe de vigilância municipal
Qual a periodicidade destas capacitações: ☐ Mensal ☐ Cada quatro meses ☐ Anual ☐ De acordo com o planejamento segundo prerrogativas do Instrutivo

☐ Convocação da GRS ☐ De acordo com as possibilidades do serviço
RESULTADO
Satisfação profissional :
Pessoal: ☐ Completamente satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito insatisfeito ☐ Completamente insatisfeito
Em relação ao serviço: ☐ Completamente satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito insatisfeito ☐ Completamente insatisfeito

APÊNDICE C



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ABAETETUBA/BAIXO TOCANTINS**

**QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AO
COORDENADOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Este questionário é auto aplicado e nele você encontrará perguntas relacionadas às práticas de vigilância em saúde que devem ser respondidas conforme a realidade de seu município. O tempo previsto para concluir este questionário é de aproximadamente 15 minutos. Destaca-se que o seu anonimato é garantido e que as informações fornecidas serão estritamente confidenciais. Agradecemos sua contribuição com a nossa pesquisa.

Este questionário foi formulado a partir da tríade de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian (1984). O método é composto por Estrutura, Processo e Resultado, sendo:

- 1. Estrutura:** Características inerentes às condições físicas dos estabelecimentos;
- 2. Processo:** Corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas no serviço de saúde;
- 3. Resultado:** Produto das práticas em saúde e o benefício destas na vida da população.

1. Identificação Geral	
1.3. Nome do participante	
1.2. Número de identificação do participante	Data da entrevista: / /
1.3. Entrevistador:	
1.4. Município:	
1.5. TCLE assinado	() 1.Sim () 2.Não
1.6. Sexo	() 1.Feminino () 2. Masculino
1.7. Idade	
1.8. Função exercida na secretaria de saúde	() 1. Gestor(a) () 2.Coordenador(a)

Caracterização Organizacional

Qual o número total de funcionários lotados na vigilância em saúde local?	
Quantos são contratados?	
Quantos são efetivos?	
Como é a taxa de absenteísmo?	
Como é o índice de rotatividade?	

Quais são as equipes de vigilância com as quais a secretaria conta?

	Sim	Não	Coordenador	Contato
Vigilância epidemiológica				
Vigilância sanitária				
Vigilância em saúde ambiental				
Vigilância em saúde do Trabalhador (a)				

Qual o horário de expediente dos coordenadores?	
---	--

Qual o número de funcionários e agentes em cada vigilância?

	Número de funcionários	Número de agentes
Vigilância epidemiológica		
Vigilância sanitária		
Vigilância em saúde ambiental		
Vigilância em saúde do trabalhador (a)		

Quais os dias de trabalho em campo de cada vigilância?

	Dias de trabalho
Vigilância epidemiológica	
Vigilância sanitária	
Vigilância em saúde ambiental	
Vigilância em saúde do trabalhador.	

ESTRUTURA
Recursos humanos
Formação profissional/ escolaridade: ☐ Pós-graduação na área de saúde ou gestão ☐ Superior na área de saúde ☐ Superior ☐ Técnico ☐ Ensino Médio
Tempo que trabalha na Coordenação da Vigilância em Saúde _____ Tempo que trabalha nesta função: ☐ Superior a 5 (cinco) anos ☐ Entre 1 (um) e 5 (anos) ☐ Inferior a 1(um) ano.
Vinculação profissional ☐ Efetivo com cargo de confiança ou Concursado ☐ Contratado nomeado em comissão ☐ Outros _____
Carga horária de trabalho ☐ 1. 20 horas semanais ☐ 2. 30 horas semanais ☐ 3. 40 horas semanais
A equipe de trabalho é suficiente para o adequado funcionamento? ☐ Sim ☐ Não
A equipe de trabalho conhece as metas propostas pelo Ministério da Saúde referentes à vigilância em saúde? ☐ Sim ☐ Não
Recursos tecnológicos
Vocês têm acesso a Sistemas de Informação? ☐ Sim ☐ Não
O funcionamento desses Sistemas de Informação é: ☐ 1.Adequado ☐ 2.Inadequado
Conhece o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde? ☐ 1.Sim ☐ 2.Não Caso SIM, você concorda que o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde apresenta metas realistas para seu Município? ☐ Concorda e executa ☐ Concorda e não executa ☐ Discorda e executa ☐ Discorda e não executa
PROCESSO
Gestão administrativa
Existência de um Plano de ação da SMS ? ☐ Sim ☐ Não
Atuação das metas à realidade local? ☐ Sim ☐ Não
Possui todas as áreas da vigilância funcionando? ☐ Todas as 6 ☐ Apenas 3 ☐ Não
Educação continuada

A equipe de vigilância em saúde recebe capacitações para exercício da função? () Sim () Não
A temática das capacitações às demandas dos profissionais é: ☐ 1. Adequada ☐ 2. Inadequada
Quem é o responsável pelas capacitações? () GRS () Profissional de outra instituição () Profissional da equipe de vigilância municipal
Qual a periodicidade destas capacitações? () Mensal () Cada quatro meses () Anual () De acordo com o planejamento segundo prerrogativas do Instrutivo () Convocação da GRS () De acordo com as possibilidades do serviço
Gestão da informação
Sobre a alimentação dos sistemas de informação: () Ocorre, de forma oportuna segundo prerrogativas do Instrutivo () Ocorre, de acordo com possibilidades do serviço
Qual a periodicidade de alimentação dos sistemas de informação? () Diária () Semanal () Mensal
Existem canais de comunicação diretos com a população? () Sim () Não Caso sim, quais? _____
Monitoramento
A vigilância local já passou por algum processo de avaliação externa? () Sim () Não
A vigilância local já passou por algum processo de avaliação entre os membros de equipe? () Sim () Não
Gestão do processo
Gestão dos processos de trabalho é feita segundo principais agravos e estratégias? () Sim () Não
RESULTADO
Satisfação profissional :
Pessoal : () Completamente satisfeito () Pouco satisfeito () Satisfeito () Muito insatisfeito () Completamente insatisfeito
Em relação ao serviço: () Completamente satisfeito () Pouco satisfeito () Satisfeito () Muito insatisfeito () Completamente insatisfeito

APÊNDICE D



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ABAETETUBA/BAIXO TOCANTINS**

**QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL COMUM
A TODAS AS VIGILÂNCIAS: EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA,
EM SAÚDE AMBIENTAL E DO TRABALHADOR (A)**

Este questionário é auto aplicado e nele você encontrará perguntas relacionadas às práticas de vigilância em saúde que devem ser respondidas conforme a realidade de seu município. O tempo previsto para concluir este questionário é de aproximadamente 15 minutos. Destaca-se que o seu anonimato é garantido e que as informações fornecidas serão estritamente confidenciais. Agradecemos sua contribuição com a nossa pesquisa.

Este questionário foi formulado a partir da tríade de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian (1984). O método é composto por Estrutura, Processo e Resultado, sendo:

- 1. Estrutura:** Características inerentes às condições físicas dos estabelecimentos;
- 2. Processo:** Corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas no serviço de saúde;
- 3. Resultado:** Produto das práticas em saúde e o benefício destas na vida da população.

1. Identificação Geral	
1.3. Nome do participante	
1.2. Número de identificação do participante	Data da entrevista: / /
1.3. Entrevistador:	
1.4. Município:	
1.5. TCLE assinado	() 1.Sim () 2.Não
1.6. Sexo	() 1.Feminino () 2. Masculino
1.7. Idade	
1.8. Função exercida na secretaria de saúde	() 1. Gestor(a) () 2.Coordenador(a)

ESTRUTURA
Recursos humanos
Formação profissional: escolaridade. ☐ Pós-graduação na área de saúde ou gestão ☐ Superior na área de saúde ☐ Superior ☐ Técnico ☐ Ensino Médio
Tempo que trabalha na Coordenação da Vigilância _____ Tempo que trabalha nesta função: ☐ Superior a 5 (cinco) anos ☐ Entre 1 (um) e 5 (anos) ☐ Inferior a 1(um) ano.
Vinculação profissional: ☐ Efetivo com cargo de confiança ou Concursado ☐ Contratado nomeado em comissão ☐ Outros _____
Carga horária de trabalho: ☐ 1. 20 horas semanais ☐ 2. 30 horas semanais ☐ 3. 40 horas semanais
Quantas pessoas compõem sua equipe de trabalho? _____ A equipe de trabalho é suficiente para o adequado funcionamento? ☐ Sim ☐ Não
Estão bem definidas e reconhecidas por escrito as funções de cada integrante da equipe? ☐ Sim ☐ Não
A equipe de trabalho conhece as metas propostas pelo Ministério da Saúde referentes à vigilância em saúde? ☐ Sim ☐ Não
Infraestrutura
A infraestrutura é adequada para as atividades desenvolvidas? ☐ Sim ☐ Não
A VISA é de fácil acesso para o usuário? ☐ 1.Sim ☐ 2.Não
A VISA possui acessibilidade para portadores de necessidades especiais? ☐ Sim ☐ Não
A higiene do ambiente de trabalho é adequada? ☐ Sim ☐ Não
A secretaria de saúde está localizada em uma área segura? ☐ Sim ☐ Não

As vigilâncias em saúde se encontram no mesmo prédio? () Sim () Não
Recursos materiais
Você tem disponibilidade de transporte? () 1. Sim () 2. Não
Caso SIM, esse transporte é específico da vigilância epidemiológica? () 1. Sim, veículo próprio, uso exclusivo. () 2. Próprio, uso compartilhado () 3. Outro setor, uso compartilhado.
3.16.2 Qual é a procedência dos veículos? ☐ 1. Federal ☐ 2. Estadual ☐ 3. Municipal ☐ 4. Terceirizados
Classifique: Materiais para o trabalho administrativo: ☐ 1. Suficiente ☐ 2. Insuficiente
Material para o trabalho de campo: ☐ 1. Suficiente ☐ 2. Insuficiente
Qualidade dos recursos materiais de trabalho ☐ 1. Adequado ☐ 2. Inadequado
Quantidade dos materiais de trabalho ☐ 1. Adequado ☐ 2. Inadequado
Disponibilidade dos materiais de trabalho: ☐ 1. Adequado ☐ 2. Inadequado
Recursos tecnológicos
Disponibilidade de recursos tecnológicos para organização e compartilhamento de informações ☐ 1. Suficiente ☐ 2. Insuficiente
Existe banco de dados do serviço municipal de Vigilância? () Sim () Não
Vocês têm acesso a Sistemas de Informação? () Sim () Não
O funcionamento desses Sistemas de Informação é: ☐ 1. Adequado ☐ 2. Inadequado
Conhece o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde? () 1. Sim () 2. Não
Caso SIM, você concorda que o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde apresenta metas realistas para seu Município? () Concorda e executa () Concorda e não executa () Discorda e executa () Discorda e não executa
Gestão administrativa
Atuação das metas à realidade local () Sim () Não

Possui todas as áreas da vigilância funcionando? ☐ Todas as 6 ☐ Apenas 3 ☐ Não
PROCESSO
Educação continuada
A equipe de vigilância em saúde recebe capacitações para exercício da função? ☐ Sim ☐ Não
A temática das capacitações às demandas dos profissionais é: ☐ 1. Adequada ☐ 2. Inadequada
Quem é o responsável pelas capacitações? ☐ GRS ☐ Profissional de outra instituição ☐ Profissional da equipe de vigilância municipal
Qual a periodicidade destas capacitações: ☐ Mensal ☐ Cada quatro meses ☐ Anual ☐ De acordo com o planejamento segundo prerrogativas do Instrutivo ☐ Convocação da GRS ☐ De acordo com as possibilidades do serviço
Possuem algum registro destas capacitações, por exemplo: registro de participantes, duração da capacitação e certificados? ☐ Sim ☐ Não
Você recebeu algum tipo de capacitação para aprender sobre o uso dos Sistemas de informação? ☐ Sim ☐ Não
Gestão da informação
Qual a regularidade do envio de planilhas dos sistemas de informação? ☐ Quadrimestral ☐ Mensal ☐ Sem regularidade
A utilização dos dados de banco local é realizada para: ☐ Planejamento de ações e alimentação de sistemas de informação. ☐ Planejamento de ações. ☐ Alimentação de sistemas de informação. ☐ Não possui banco local.
Existem canais de comunicação diretos com a população? ☐ Sim ☐ Não Caso sim, quais? _____
Execução das ações
Ações obrigatórias desenvolvidas por cada vigilância com qualidade é: ☐ 1. Adequada ☐ 2. Inadequada
Periodicidade das ações obrigatórias: ☐ Metas quadrimestrais ☐ De acordo com as condições do serviço.

O município realiza as ações de promoção em saúde? () Sim () Não
Qual a periodicidade da realização das ações de promoção em saúde? () Metas quadrimestrais () De acordo com as condições do serviço
Realiza ações integradas com as demais vigilâncias? () Promoção da saúde () Controle de vetores () Inspeções () Análises ambientais () Investigação de surtos e agravos () Não realiza
Realiza ações articuladas com a APS (Atenção primária em saúde)? () Sim () Não
Realiza ações articuladas com outros órgãos/ instituições ? () Sim, funciona adequadamente () Sim, mas apresenta restrições () Sim, apenas como formalidade () Não realiza
Monitoramento
A vigilância local já passou por algum processo de avaliação externa? () Sim () Não
Tipos de avaliação externa () Metas quantitativas instrumento normatizador + análise qualitativa das ações () Metas quantitativas instrumento normatizador () Avaliação externa com periodicidade quadrimestral, conforme instrumento normatizador () Outro
A vigilância local já passou por algum processo de avaliação entre os membros de equipe? () Sim () Não
Existe protocolo para a avaliação interna? () Sim () Não
Que tipo de avaliação interna foi realizada? () Metas quantitativas segundo planejamento + análise qualitativa das ações () Metas quantitativas segundo planejamento () Análise qualitativa das ações () Não realiza
Qual a periodicidade das avaliações internas? () Mensal () Quadrimestral () Anual () Outro
Gestão do processo
A gestão dos processos de trabalho é feita segundo principais agravos e estratégias? () Sim () Não
Satisfação profissional
Pessoal () Completamente satisfeito () Pouco satisfeito

☐ Satisfeito ☐ Muito insatisfeito ☐ Completamente insatisfeito
Em relação ao serviço ☐ Completamente satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito insatisfeito ☐ Completamente insatisfeito
Resolubilidade por metas para a Vigilância Sanitária
Cumprimento das metas do instrumento normatizador para: -Vigilância Sanitária(itens 1 a 6) -Vigilância em saúde Ambiental (1 a 10) -Vigilância Epidemiológica (1 a 22) ☐ Sim ☐ Não

ANEXOS

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM TERRITÓRIOS DA AMAZÔNIA PARAENSE: O CASO DA CIDADE DE IGARAPÉ-MIRI NO BAIXO TOCANTINS.

Pesquisador: GRACILENE FERREIRA PANTOJA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38710620.2.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.440.439

Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVSA) constitui-se como um grande marco para o setor de saúde, sendo instituído pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 588/12 de Julho de 2018, a qual viabiliza uma abordagem mais integrada entre a vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador (a), tendo caráter descentralizador, possibilitando assim que os municípios tenham autonomia para a organização das ações estratégicas nos territórios. Neste estudo destaca-se os territórios da Amazônia paraense, sobretudo, as cidades de Abaetetuba, Barcarena e Igarapé-Miri, Pará que se encontram com alterações no quadro epidemiológico da população de acordo com Silva, et.al.(2018) e Oliveira; Pontes e Caetano (2020), necessitando assim da atuação efetiva de políticas públicas nesses contextos. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é avaliar o grau de atuação da Política de Vigilância em Saúde na cidade de Igarapé-Miri, no Baixo Tocantins, Estado do Pará, Brasil, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade na saúde, facilitando a construção de estratégias de superação dos desafios em parceria com a gestão municipal e os agentes da prática. A pesquisa se desenvolverá com base na abordagem quantitativa e dentre os procedimentos realizou-se: pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Como instrumentos na coleta de dados em campo, serão utilizados três (03) questionários distintos, sendo um dirigido aos Secretário Municipal de Saúde, envolvendo a dimensão da gestão. Um questionário com perguntas abertas e fechadas destinadas para o

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.440.439

coordenador da Vigilância em Saúde do município, envolvendo a dimensão da execução das ações. Também será aplicado um questionário comum aos coordenadores das distintas VS. Para isso, será utilizado um modelo lógico da vigilância em saúde e uma matriz de critérios de indicadores de análises para cada dimensão, ambos adaptados do estudo de Donateli, et. al (2017) os quais foram construídos com a contribuição de uma equipe de sete (07) especialistas no tema e elaborados com base triade de Donabedian (1980; 2005), Estrutura, Processo e Resultado, seguindo os critérios utilizados no estudo de Donateli, et. al. (2017, p. 3441). Para além dessas questões estruturais do ambiente sanitário, a fase seguinte da pesquisa será pautada nas expectativas de saúde dos cidadãos, isto é, dos usuários da política para uma avaliação multidimensional, onde iremos propiciar espaços de discussão entre os diferentes atores e representantes de comunidades locais para debater sobre os níveis de satisfação e demandas dos usuários a partir de seu contexto, no que se refere aos serviços prestados, bem como suas demandas que poderão facilitar ações estratégicas nos territórios. Para isso foi selecionado um distrito municipal da cidade, neste caso o de Maiauatá, na zona rural, onde está incluída a comunidade que a pesquisadora reside, por considerar a especificidade do trabalho e atendimento a esses coletivos no campo. Os dados do questionários aplicados aos coordenadores e secretário municipal serão digitalizados e submetidos inicialmente da técnica de análise uni variada (FREITAS & MOSCAROLA, 2002) Em seguida, será utilizada a técnica de análise estatística multivariada denominada de Análise de Correspondência Múltipla (ACM). (FREITAS & MOSCAROLA, 2002); (CADORET; et. al. 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o grau de atuação da Política de Vigilância em Saúde na cidade de Igarapé-Miri, no baixo tocantins, estado do Pará, Brasil, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade na saúde, facilitando a construção de estratégias de superação dos desafios em parceria com a gestão municipal e os agentes da prática.

Objetivo Secundário: Compreender o processo de gestão e execução das atividades de implementação relacionadas à Vigilância Epidemiológica, Saúde Ambiental, Sanitária e do Trabalhador (a); Compreender o nível de satisfação e a expectativa dos diversos atores e usuários da Política, bem como as demandas de seus contexto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos durante a pesquisa, podem ser um possível constrangimento com as nossas perguntas ou presença, pois será mantido o sigilo sobre as informações pessoais e o participante poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento que não haverá prejuízo pessoal por esta

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.440.439

causa.

Benefícios: Os benefícios se darão com a melhoria da qualidade em saúde, facilitando a construção de estratégias mais efetivas nos territórios que impactem diretamente a sociedade e auxiliem na superação dos desafios em parceria com a gestão municipal e os agentes da prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda em resolver pendências citadas no parecer nº 4.371.971, que depois de analisado por este colegiado entende-se como satisfatório e aceito.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1624243.pdf	01/11/2020 12:10:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_TCLE_alterado_.pdf	01/11/2020 12:09:02	GRACILENE FERREIRA PANTOJA	Aceito
Outros	_questionario_3_.pdf	01/11/2020 12:05:33	GRACILENE FERREIRA	Aceito
Outros	_questionario_2_.pdf	01/11/2020 11:52:02	GRACILENE FERREIRA	Aceito
Outros	_questionario_1_.pdf	01/11/2020 11:50:32	GRACILENE FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_Projeto_de_pesquisa.pdf	28/09/2020 15:56:15	GRACILENE FERREIRA PANTOJA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	_TCLE_.pdf	28/09/2020 15:54:45	GRACILENE FERREIRA PANTOJA	Aceito
Outros	_declaracao_de_insencao_de_onus_financeiro_a_UFPA_.pdf	28/09/2020 15:41:42	GRACILENE FERREIRA	Aceito
Outros	_termo_de_aprovacao_e_consentime	28/09/2020	GRACILENE	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.440.439

Outros	nto_.jpg	15:34:01	FERREIRA	Aceito
Outros	_carta_de_encaminhamento_.pdf	28/09/2020 13:02:23	GRACILENE FERREIRA	Aceito
Outros	_termo_de_aceite_do_orientador_.pdf	28/09/2020 12:45:41	GRACILENE FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/09/2020 11:58:58	GRACILENE FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 05 de Dezembro de 2020

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br