

Capítulo IV

Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação na pesquisa avaliativa

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Cristina Maria Meira de Melo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, SSBS., and MELO, CMM. Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação na pesquisa avaliativa. In: MELO, CMM., FAGUNDES, NC., and SANTOS, TA., orgs. *Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 127-153. ISBN 978-85-232-1161-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo IV

ASPECTOS METODOLÓGICOS NA UTILIZAÇÃO DA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO NA PESQUISA AVALIATIVA

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Cristina Maria Meira de Melo

INTRODUÇÃO

Este capítulo discute alguns aspectos metodológicos para a utilização da análise de implantação em pesquisa avaliativa, tomando como base um estudo empírico intitulado *Avaliação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família*. (SANTOS, 2006) Considerando o caráter avaliativo do estudo, vale a pena sistematizar alguns aspectos do campo de saber da avaliação em saúde.

Ao analisar a literatura sobre a avaliação no campo da saúde, observa-se que sempre existiram mecanismos de avaliação dos serviços de saúde e da prática médica. Essa era realizada através do uso de estatísticas, acompanhando a tendência da corrente positivista que considerava o não quantificável como não-científico.

Historicamente, os estudos avaliativos utilizavam predominantemente indicadores epidemiológicos, com uma abordagem quantita-

tiva, com o foco no controle dos serviços de saúde. Drumond Junior (2003) afirma que a epidemiologia, ao tentar explicar problemas de saúde através de probabilidades, coaduna-se com o paradigma moderno, sendo que a explicação dos problemas de saúde, dentro de uma perspectiva exclusivamente positivista, não responde à complexidade do quadro sanitário, traduzindo-se em intervenções de baixa eficácia.

A prática de avaliar foi se configurando após a 2ª Guerra Mundial, especialmente nos programas públicos. No entanto, seu foco era a maximização dos recursos, realizando análises de custo-benefício. Ao longo dos anos, este modelo de análise foi tornando-se insuficiente, exigindo a adoção de métodos numa perspectiva multidisciplinar. Na década de 1970, a avaliação toma impulso na saúde, tendo em vista que se tornava indispensável o controle de custos pelo Estado, devido a sua participação no financiamento dos serviços de saúde. (INOJOSA, 1996)

No Brasil, “o controle e avaliação, como espaço de poder exercido pela organização gerenciadora do sistema de saúde, têm sua origem no INAMPS.” (INOJOSA, 1996, p. 89) Afirma a autora que o controle era exercido pelo grupo que detinha o poder regulador. Assim, mesmo identificando fraudes que sugeriam a necessidade de nova regulamentação, permaneciam vigentes as mesmas normas. Neste contexto, a avaliação não se constituía em um instrumento de mudanças, e sim para manter a situação favorável aos detentores do poder. O Estado regulava a prestação de serviços de assistência médica, chegando a financiar a rede privada para depois comprar os serviços oferecidos por esta. O controle era desenvolvido de forma cartorial, voltado para a execução de procedimentos. (INOJOSA, 1996)

Com os avanços obtidos pelo movimento de Reforma Sanitária, em que se pretendia superar a dicotomia existente entre ações preventivas e curativas, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a necessidade de mudar o enfoque da avaliação, que passou a priorizar a avaliação dos resultados.

As avaliações começaram a ser desenvolvidas de forma pontual, fragmentada, não buscando relacionar os efeitos das ações geradas pelo sistema de saúde na qualidade de vida dos usuários e dos trabalhadores. A necessidade de se realizar avaliações, ainda que definida na Lei Orgânica da Saúde, conforme asseveram Silva e Formigli (1994), apesar de ser muito lembrada, é pouco praticada, e, quando realizada, não é divulgada e dificilmente utilizada para a tomada de decisão.

Ainda que o governo federal estabeleça instrumentos normativos para a avaliação, acaba por limitar esta avaliação ao cumprimento de metas relativas à assistência à saúde, enfatizando a dimensão administrativa e excluindo a dimensão técnica e política.

Figueiredo e Tanaka (1996, p. 100) referem que a avaliação, quando realizada, deve ser necessária, útil e exata:

Necessária, para reordenar o Sistema de Saúde atual e construir em processos os atos de medir, comparar e emitir juízo de valor em cada espaço institucional. Útil, para fundamentar a tomada de decisão, como parte de uma política descentralizada e hierarquizada, e articular as ações de assistência para que cheguem aos usuários. Deve ser exata como a maquinaria de um relógio, oportuna para poder retardar mortes precoces ou doenças evitáveis e articuladas na dimensão técnico-política, para estabelecer uma nova ordem no sistema de saúde.

Existem várias abordagens sobre avaliação, porém não é intenção das autoras referi-las totalmente nesse capítulo. No entanto, não se pode deixar de mencionar a abordagem considerada como uma proposta bem sucedida de avaliação. Trata-se da sistematização da avaliação no campo da saúde, que tem como idealizador Avedis Donabedian, assentada em uma tríade: estrutura, processo e resultado.

O estudo da estrutura avalia quantos e quais são os recursos (humanos e materiais) empregados no desenvolvimento de uma determi-

nada ação. O processo relaciona-se ao que é feito e como é feito nas Organizações para atender as demandas daquela população. Enquanto que o resultado, como o próprio nome já revela, identifica qual o impacto da ação desenvolvida pelo serviço de saúde, sendo este apresentado através de indicadores de saúde (morbidade, mortalidade, entre outros), e pelo grau de satisfação do usuário. Com essa sistematização, outras proposições de avaliação foram criadas, porém agregando a tríade original de Donabedian.

Para Contandriopoulos e outros (2000, p. 29),

a avaliação pode ser denominada normativa e é considerada como uma atividade que busca julgar uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) com os resultados obtidos, coincidindo com a proposição de Donabedian, que estabelece uma correlação em que a estrutura influencia no processo que, por sua vez, influencia nos resultados.

Segundo Bonniol e Vial (2001, p. 23) “a avaliação não se reduz à busca de soluções para resolver os problemas.” Afirmando estes autores que, na avaliação, não se trata de encontrar o bom modelo para resolver problemas, e sim articular os modelos existentes, mesmo que sejam contraditórios, caminhando assim para a adoção de uma multireferencialidade no campo da avaliação, o que implica em analisar o objeto através de uma pluralidade de olhares, contextualizando o fenômeno, captando as suas múltiplas relações e explicações para amplamente apreendê-lo, relacionando-o com o contexto global. (FAGUNDES; FROES BURNHAM, 2001)

Uma distinção pertinente no campo da avaliação faz-se necessária entre a avaliação como instrumento de gestão e a pesquisa avaliativa.

Quanto à primeira, Bonniol e Vial (2001, p. 13) “concebem a avaliação em três formas: a avaliação como medida, dando prioridade aos

produtos; a avaliação como gestão, com ênfase nos procedimentos; e a avaliação como problemática do sentido, focalizando os processos.”

Do ponto de vista da pesquisa avaliativa, na concepção de Contandriopoulos e outros (2000, p. 29), essa “consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos.” Draibe (2001) assinala, no entanto, que a pesquisa avaliativa pode ser do tipo *ex-ante* e *ex-post*. Para essa autora, a avaliação *ex-ante*, também conhecida como avaliação-diagnóstico, precede o início do programa e é realizada para apoiar decisões finais de formulação. Quanto à avaliação *ex-post*, esta é feita concomitantemente ou após a realização do programa.

A pesquisa avaliativa tem como propriedade considerar a interdependência das variáveis, sua inserção contextual, exigindo multiplicidade de abordagens metodológicas e a compreensão do fenômeno avaliado em toda sua complexidade. (HARTZ, 2002)

Para Draibe (2001), as pesquisas avaliativas também buscam responder aos objetivos de verificação da eficácia, da eficiência e da efetividade²¹ das ações. Para a mesma autora, são esses objetivos que fazem da pesquisa de avaliação de políticas públicas uma pesquisa interessada (*policy oriented*) que busca detectar obstáculos e propor medidas de correção e alteração dos programas, para contribuir no processo de implementação e do desempenho da política, serviço ou atividade.

De qualquer modo, é importante destacar que nenhuma avaliação é neutra ou inócua. A avaliação não é um processo autolimitado; não é, portanto, desprovida de intencionalidade. A avaliação carrega em si um componente político muito forte, pois, a depender do que se está avaliando e de quem avalia, os resultados da avaliação poderão ser interpretados e divulgados de diferentes maneiras.

¹ A avaliação de eficácia é por natureza de processo e diz respeito à relação entre os resultados atingidos em menor tempo, menor custo e com mais alta qualidade. A eficiência refere-se à relação entre custo-benefício a partir de normas ou parâmetros. A efetividade diz respeito à relação entre objetivos e metas, de um lado, e impactos e efeitos, de outro, ou seja, a efetividade significa as quantidades e/ou níveis de qualidade com que se alcançam os impactos esperados e promove os efeitos esperados ou não. (DRAIBE, 2001)

O modelo da caixa preta, por exemplo, utilizado frequentemente nas avaliações normativas, trata a intervenção de forma dicotômica, ou seja, quanto a sua existência ou não existência. (DENIS; CHAMPAGNE, 2002) Essa não sofre influência do meio externo, não sendo especificados os processos envolvidos na produção das mudanças observadas. É um modelo fechado, pois analisa os efeitos sem os relacionar com os fatores que influenciaram nos resultados.

Já a análise de implantação difere do modelo da caixa-preta, pois busca entender as condições da implantação das intervenções, reconhecendo que o contexto político e social influencia nos resultados das ações e da avaliação, e esses fatores devem ser percebidos em toda a sua subjetividade. Assim, a análise de implantação consiste não só em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, como também em verificar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está sendo implantada.

Para realizar a análise de implantação, definindo a influência do contexto nos efeitos produzidos, faz-se necessária, a partir das teorias das organizações, a adoção de um determinado modelo. Dentre os modelos existentes na análise de implantação (modelo racional, modelo de desenvolvimento organizacional, modelo psicológico, modelo estrutural e modelo político) a sistematização baseia-se em alguns aspectos metodológicos a partir do modelo político, o qual foi desenvolvido no estudo de Santos (2006), já referido.

Para o entendimento desse modelo de avaliação, faz-se necessário explicitar o que é política. Apesar da polissemia conceitual quanto ao termo, entende-se que política envolve o exercício do poder e as consequências emanadas por esse exercício. (RIBEIRO, 1998) Acrescenta-se a essa definição que política implica a adoção de uma série de decisões ou de não-decisões, que vão gerar ação ou inação dos diversos atores sociais, ou seja, a ação ou a falta de ação pode ser resultado do jogo de poder entre grupos e pessoas inseridas no contexto.

Para fundamentar tais definições, vale destacar as inferências do Gapi-Unicamp (2002, p. 3), conforme apresentado a seguir:

- Existe distinção entre política e decisão, ou seja, a política é gerada por uma série de decisões inter-relacionadas, mais ou menos conscientes dos diversos atores sociais, e não apenas por tomadores de decisões;
- Deve-se levar em conta a diferença entre política e administração;
- Política envolve intenções e comportamentos;
- A ação política pode ocasionar impactos não esperados;
- Os propósitos da ação política podem ser estabelecidos *ex post*;
- A ação política envolve múltiplos atores.

Através do modelo político, é possível avaliar qual suporte é dado à intervenção pelos seus agentes; se esses agentes estão aptos a operacionalizar com eficácia a intervenção; se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 2002). Ao adotar o modelo político da avaliação, na referida pesquisa foi possível fazer emergir aspectos ocultos da implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica (VE), que poderá redirecionar este processo e/ou validar a sua importância.

METODOLOGIA UTILIZADA NA INVESTIGAÇÃO

O estudo intitulado *Avaliação da Descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família* (SANTOS, 2006), tomado como base para discussão dos aspectos metodológicos para a utilização da análise de implantação, ao adotar a abordagem qualitativa, reconhece que o objeto da pesquisa é de natureza subjetiva. É também reconhecida, em estudos como este, a não neutralidade do investigador, e a impossibilidade de generalizar os seus resultados e de replicá-lo,

uma vez que na pesquisa qualitativa não existem verdades universais e absolutas.

É uma pesquisa avaliativa que, como define Contandriopoulos e outros (2000), é um procedimento que permite fazer julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos. É importante destacar que o fenômeno investigado acontece simultaneamente ao desenvolvimento da própria pesquisa, que busca responder à pergunta – como ocorre a implantação da descentralização da VE para as equipes de saúde da família (ESF) num município da Bahia? – através de um estudo de caso.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa apropriada quando a questão de estudo é do tipo como e por quê. Para Laville e Dionne (1999), a grande vantagem desta estratégia é a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, permitindo ao pesquisador ser criativo e imaginativo, podendo explorar elementos que necessariamente não estavam previstos no início da investigação.

Em decorrência do objeto de estudo, selecionamos a análise de implantação, como antes explicitado, pois, segundo Denis e Champagne (2002), esse tipo de análise demonstra a conjuntura de fatores que influenciam os resultados obtidos após a implantação de uma intervenção. Assim, foram trabalhados dois componentes: análise dos determinantes contextuais e análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados neste processo. Esta escolha deve-se ao fato de que, para avaliar a implantação da descentralização da VE para as ESF, faz-se necessário compreender em qual contexto este processo ocorre, pois se entende que a implantação da descentralização se encontra diretamente ligada ao modelo do sistema organizacional do município.

Como se trata de um estudo de caso, foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família desse município, baseada em critérios que

foram estabelecidos antes do início do trabalho de campo: maior tempo de implantação das ações de vigilância epidemiológica; menor rotatividade de profissionais na equipe do Programa de Saúde da Família (PSF); melhor organização interna da unidade, ou seja, existência de uma articulação entre os trabalhadores de saúde no processo gerencial da unidade.

Como se analisou a implantação da descentralização da VE para as ESF, observando os diversos elementos de explicação do fenômeno e relacionando-o dentro do contexto organizacional, os atores da pesquisa foram assim agrupados: Grupo 1: Trabalhadores da Equipe Saúde da Família: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS); Grupo 2: Gestores da Secretaria Municipal da Saúde: ex-secretária (gestão 2001-2004) e atual secretária municipal da saúde, chefe da divisão de VE, chefe da divisão da atenção básica, coordenadores do programa de controle da hanseníase, tuberculose e do PSF. Os coordenadores dos programas de controle da hanseníase e tuberculose foram selecionados no momento exploratório pela constante citação desses agravos durante as entrevistas (Quadro 1).

**Quadro 1 - Número de participantes do estudo segundo grupo de atores.
Feira de Santana/BA, 2005**

GRUPO	CATEGORIA PROFISSIONAL/ FUNÇÃO	NÚMERO DE ATORES
Grupo 1	Enfermeira	01
Trabalhadores da Equipe Saúde da Família	Médica	01
	Auxiliar de Enfermagem	01
	ACS	01

GRUPO	CATEGORIA PROFISSIONAL/ FUNÇÃO	NÚMERO DE ATORES
Grupo 2	Enfermeira/Secretária Municipal de Saúde	01
Gestores da Secretaria Municipal da Saúde	Bióloga / Chefe da Divisão de VE	01
	Enfermeira/Chefe da Divisão da atenção básica	01
	Enfermeira/Coordenadora do Programa de Hanseníase	01
	Enfermeira/Coordenadora do Programa de Tuberculose	01
	TOTAL	09

Os trabalhadores da saúde foram selecionados segundo a categoria profissional. Como só existia um médico e uma enfermeira na equipe, esses foram escolhidos intencionalmente. Quanto ao auxiliar e ao agente comunitário, foram selecionados aqueles que tinham maior tempo de trabalho na unidade de saúde. No que diz respeito aos gestores, foram entrevistados aqueles que participaram e/ou participam do processo de implantação da descentralização da VE para as ESF.

Através das falas destes atores, foram identificadas e analisadas se as estratégias utilizadas facilitam ou dificultam a implantação da descentralização da VE e como esses trabalhadores avaliam o processo de implantação da descentralização da VE para as ESF.

Para a coleta de dados primários, utilizou-se da entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram realizadas conforme roteiro com a utilização de gravador, após a aceitação do informante. Para o grupo de trabalhadores, buscaram-se as concepções sobre VE, as facilidades na realização do seu trabalho na VE e a avaliação sobre as atividades de VE realizadas pela sua equipe. Para o grupo de gestores, além das concepções sobre a VE, representavam, através dos discursos, as facili-

dades da implantação da descentralização da VE para as ESF e avaliavam o processo de implantação da descentralização da VE para as ESF.

Os dados secundários foram obtidos através da análise de documentos, tais como: Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Relatório de Atividades das ESF, Relatórios da VE e Boletins Epidemiológicos. Foram destacados, para efeito de análise, apenas os documentos que faziam referência à descentralização e aos temas centrais do estudo.

Tais fontes de informação, como assevera Yin (2005), foram úteis para corroborar e valorizar as evidências obtidas nas entrevistas.

ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO

Analizando-se os dados empíricos, mediante leitura exaustiva e repetida das entrevistas, surgiram cinco temas relevantes e que estavam relacionados ao contexto da implantação da descentralização da VE para as ESF.

Para a análise dos achados, utilizamos a técnica de análise temática, com base nos fatores definidos pelo modelo político assumido pela análise de implantação. Também foi utilizada a técnica de análise de avaliação (BARDIN, 1977), adaptada por Melo (2001), que permitiu analisar as representações dos atores da pesquisa na emissão de enunciação avaliativas sobre a implantação da descentralização das ações de VE para as ESF.

O primeiro movimento de análise foi efetuado a partir dos dados extraídos das entrevistas, relacionando-os com o contexto organizacional. Buscou-se perceber, através das falas dos entrevistados, o grau de adesão à implantação da descentralização da VE para as ESF.

Assim, com base em Melo (2001), foi operacionalizada a análise dos achados da seguinte forma:

- Leitura geral e exaustiva de todo material coletado nas entrevistas, procurando já neste momento realizar uma primeira categorização;
- Processamento dos achados, relacionando-os com as unidades de análise e com as unidades temáticas (tema central);
- Análise das enunciações avaliativas, que consiste em identificar juízos de valor dos atores em relação à implantação da descentralização de VE para as ESF. Nesta etapa, foram classificadas as enunciações como positiva ou negativa para o processo da descentralização;
- Elaboração de três quadros esquemáticos: o primeiro, representando as concepções dos atores da pesquisa com relação à VE; o segundo, representando os determinantes contextuais no processo de implantação de VE para as ESF e a influência da descentralização na organização da Unidade de Saúde da Família; e, por último, a análise avaliativa da descentralização de VE para as ESF.

Quadros esquemáticos para análise dos achados

Quadro 2 - Concepções dos atores da pesquisa com relação à Vigilância Epidemiológica

Tema Central	Como é descrito	Termo destacado	Ator

Quadro 3 - Determinantes contextuais no processo de implantação da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.

Tema central	Como é descrito	Ator	Valor atribuído em relação ao processo da descentralização

Quadro 4 - Enunciações avaliativas sobre a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.

Ator	Como é descrita	Termo Avaliativo	Resultado da avaliação

A partir da organização dos quadros esquemáticos, foi possível identificar a categoria empírica central, a implantação da descentralização da VE para a ESF, sendo retratada em duas subcategorias:

- As concepções sobre a Vigilância Epidemiológica;
- O contexto da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família.

O segundo movimento foi realizado após revisão e análise dos documentos, destacando-se algumas variáveis relativas à estrutura organizacional e administrativa: capacitação de recursos humanos, diretrizes prioritárias estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e grau de implantação segundo os relatórios de gestão. Para análise dos documentos, foi elaborada uma matriz de pré-análise, sendo destacados nesta pesquisa aqueles que faziam referência à descentralização (Quadro 5).

CATEGORIA DE ANÁLISE: DESCENTRALIZAÇÃO

TEMA CENTRAL: CAPACITAÇÃO

Quadro 5 - Matriz de análise dos documentos da Secretaria Municipal da Saúde

TIPO DE DOCUMENTO/ ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?
Relatório Anual da Divisão de Vigilância Epidemiológica / 2001	Divisão de VE/ Secretaria Municipal da Saúde	Planejamento para 2002 (p. 16)	Descentralizar as investigações epidemiológicas para as ESF, atendimento antirrábico; implantar postos de coleta nas ESF. Como estratégia, estabelece-se as capacitações.	A descentralização é percebida como uma estratégia para implementar as ações de notificação, investigação, educação, permitindo um monitoramento dos agravos de relevância epidemiológica.
Relatório Anual da Divisão de Vigilância Epidemiológica/ 2001	Divisão de VE	Descentralização de algumas ações de VE para o nível local (p. 4)	A descentralização das ações deve ocorrer inicialmente para as equipes do Programa Saúde da Família, através de um processo contínuo de capacitação. Definem-se as ações das ESF: notificação, investigação de agravos, vacinação, bloqueio vacinal, coleta de material para exames, educação em saúde.	A descentralização das ações de VE para o âmbito local é uma possibilidade de avançar no desenvolvimento das ações e favorece a agilidade do fluxo das informações e a adoção de medidas efetivas de controle.

TIPO DE DOCUMENTO/ ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal da Saúde	Descentralização das ações de tuberculose para as ESF (p. 38 e 39)	Capacitação em tuberculose para os membros das ESF, com um total de 44 participantes.	Implementação do tratamento supervisionado ao portador de tuberculose.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal da Saúde	Descentralização das ações de controle da hanseníase para as ESF (p. 41)	Capacitação em hanseníase para médicos e enfermeiros.	Estratégia para implementar as ações de controle da doença.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal da Saúde /DVE.	Descentralização das ações de controle das doenças exantemáticas (p.42)	Capacitação dos membros das ESF.	Permite a ampliação das fontes de notificação, agilidade entre o tempo da notificação, investigação e realização de bloqueios.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal da Saúde /DVE.	Descentralização das ações de controle das Hepatites Virais, Dengue, Raiva, DST e AIDS (p. 45, 50, 54)	Capacitação dos membros das ESF.	Implementar as ações de controle destes agravos.

Estabeleceu-se uma relação entre o material coletado nas entrevistas e nos documentos, identificando as divergências e convergências enunciadas pelos atores envolvidos nesta pesquisa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: O CASO ESTUDADO

O estudo foi realizado no segundo maior município do estado da Bahia, o qual assume as ações de VE no ano de 1993, com a criação da Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal da Saúde. Vale destacar que essas ações eram de competência da 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), órgão ligado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que tem como responsabilidade prestar apoio técnico a 26 municípios da Região. Através da Divisão de Controle Epidemiológico, iniciou-se em 2001 a implantação da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família. (BAHIA, 2001)

O município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal desde março de 2004. Dispõe de 72 Equipes de Saúde da Família, sendo que 19 equipes estão localizadas na zona rural e 53 na zona urbana, com cobertura de 50% do total do município.

A Vigilância Epidemiológica foi implantada no município em 1993, atendendo o disposto na Lei Orgânica de Saúde (CERQUEIRA et al., 2003) que, no Artigo 18, define o que compete à direção municipal do SUS: executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.

O governo municipal (BAHIA, 2001) estabeleceu, através do Decreto nº 6763 de 11 de dezembro de 2003, o regimento interno da Secretaria Municipal da Saúde, onde as ações de vigilância epidemiológica ficam sob a responsabilidade da Divisão de Controle Epidemiológico, subordinada ao Departamento de Atenção à Saúde. A competência definida para a Divisão de Controle Epidemiológico é analisar e acompa-

nhar o comportamento das doenças e agravos no âmbito do município, e promover a articulação com as unidades de saúde para realizar notificação e investigação de doenças e agravos.

Como se trata de um estudo de caso, foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família desse município implantada em 25 de maio de 2002. A Equipe de Saúde da Família tem sob a sua responsabilidade sete microáreas, com 883 famílias. A escolha dessa unidade, para realizar o estudo de caso, está baseada em critérios estabelecidos antes do início do trabalho de campo e já mencionados anteriormente.

ANÁLISE DOS ACHADOS: CONCEPÇÕES E OS DETERMINANTES CONTEXTUAIS NA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância Epidemiológica, conforme os depoimentos analisados, é concebida dentro de três eixos: como uma ação de poder de polícia médica ou voltada para o controle de doenças transmissíveis, e episodicamente atuando como uma vigilância que acompanhe, além dos agravos, os fatores condicionantes e determinantes do estado de saúde da população.

A VE concebida como Poder de Polícia Médica – o traço marcante desta concepção de vigilância epidemiológica é o controle da vida do indivíduo e da família, inclusive suas práticas cotidianas mais íntimas, em nome do bem estar da comunidade. (FOUCAULT, 1998) Tomando por base os depoimentos de alguns atores da pesquisa, é possível inferir que as práticas de VE no município não refletem uma concepção ampliada de vigilância e suas ações são focadas para a obtenção de um comportamento dócil de pessoas às normas e procedimentos.

Quadro 6 - Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo o ator

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	TERMO DESTACADO	ATOR
Poder de polícia	Vigilância epidemiológica é [...] se começa principalmente através de uma investigação, de uma denúncia, onde o profissional atuante do agravo, ele vai para o local detectar se realmente existe [...] suspeitas de alguns agravos [...].	Denúncia Profissional atuante sobre o agravo	Gestor
	[...] Por exemplo, essa semana a gente identificou um de tuberculose, uma suspeita, pediu os exames, foi confirmado. A gente encaminhou para o setor de tratamento. Ele tá em tratamento. [...] como eu tava falando, tá atrás do Agente de Saúde para ficar ali colado na família, pra poder fazer com que todos façam o tratamento.	Ação de controle sobre o Agente de Saúde Vigilância sobre a família para que todos se tratem	Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)
	[...] achar a família para poder tratar todos os casos, fazer com que [...] orientações, né, para que eles tomem atitudes como lavar as mãos, tomar banho, essas coisas assim de prevenção, pra poder não ocorrer mais.	Busca da família para tratamento Imposição de medidas consideradas preventivas	Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)

A VE centrada na doença, a segunda concepção expressa por alguns atores do caso estudado, direciona-se para o controle das doenças transmissíveis, em consonância com o modelo hegemônico da atenção, o biomédico, centrado no saber clínico. Privilegia a atenção às pessoas, independente dos determinantes e condicionantes sobre o processo saúde-doença. A responsabilidade de adoecer ou não adoecer é atribuída ao usuário. A doença é vista como um fenômeno individual, não se estabelecendo nenhuma relação com as condições de vida e de saúde da população local.

Quadro 7a - Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo o ator

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	TERMO DESTACADO	ATOR
Dificuldade da ação imputada ao usuário	A gente tem muita dificuldade [...], principalmente quando a gente precisa adotar uma terapêutica, de ter a adesão do paciente. Então, por exemplo, da parasitose, a pessoa tem preguiça de tomar o remédio, da tuberculose. A pessoa não quer fazer o tratamento durante os seis meses.	A pessoa tem preguiça de tomar o remédio A pessoa não quer fazer o tratamento	Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)
	A gente chega a encontrar pessoas aqui que a gente pergunta, que tem cinco casos de parasitose na família, pergunta como é a água de vocês, como é que vocês tratam a água? – “Gelada!”. Como se gelar fosse tratamento. A gente tem essas dificuldades, assim, mais educacionais né? E também ambiental e de aderência ao tratamento.	Dificuldades em aderir ao tratamento pelo usuário	Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)

Por fim, a vigilância epidemiológica centrada em riscos e danos. A concepção de VE voltada para o controle das condições de vida e de seus determinantes ambientais foi identificada episodicamente. Esta concepção amplia a capacidade de intervenção dos profissionais e trabalhadores do SUS. Contudo, no caso estudado, apenas os gestores percebem a VE centrada na identificação de riscos e danos, porém não expressam a sua utilização na adoção de estratégias de ação que possam reduzir os danos à saúde da população.

Quadro 7b - Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo o ator

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	TERMOS DESTACADOS	ATOR
Riscos e danos	Vigilância epidemiológica é você identificar os fatores de risco de determinado agravo, buscar as ações e as medidas de controle pra aquele agravo e identificar fatores de risco que venha favorecer a... e desencadear vários outros agravos.	Identificar fatores de risco	Gestor
	A vigilância epidemiológica [...] está inserida na vigilância à saúde. E ela [...] tem como objetivo reduzir os agravos e danos à saúde da população.	Redução de agravos e danos	Gestor

Ao analisar os dados empíricos, mediante leitura exaustiva e repetida das entrevistas, surgiram cinco temas relevantes e que estão relacionados ao contexto da implantação da descentralização da VE para as ESF no município de Feira de Santana. São eles:

- Planejamento;
- Capacitação de Recursos Humanos;
- Organização do Processo de Trabalho;
- Articulação Intrainstitucional;
- Organização da Unidade de Saúde da Família.

A partir daí, foram elaborados quadros esquemáticos que apresentam o tema central, segundo a descrição do ator da pesquisa, atribuindo a eles um valor positivo ou negativo para o processo de implantação da descentralização. O quadro 2 apresenta a atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a ESF relacionado ao tema planejamento.

Quadro 8 - Atribuição de valor ao processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família relacionado ao tema planejamento, segundo ator. Feira de Santana/BA, 2005

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	ATOR	VALOR PARA O PROCESSO DA DESCENTRALIZAÇÃO
Planejamento	Sabemos da grande importância de ter definido esse perfil epidemiológico da cidade, dos municípios, dos estados, porque assim, com certeza, em nível da esfera maior, poderão ser traçadas medidas de controle que venham realmente atingir 100% da população.	Gestor	Negativo: planejamento a partir do perfil epidemiológico atribuído à esfera central
	A descentralização da VE se deu de acordo com as necessidades. Então os problemas... os problemas de saúde iam acontecendo em cada área de abrangência do PACS ou do PSF e a... o setor de VE da Secretaria Municipal de Saúde que fazia a... como é... que fazia as investigações epidemiológicas [...].	Gestor	Negativo: falta de planejamento; ações pontuais para responder às necessidades imediatas

Ao analisar as falas dos entrevistados, registradas no quadro acima, emerge com força a ideia de planejamento centralizado, contrariando a lógica da descentralização, em que as ações devem ser planejadas em cada âmbito do sistema, com correspondente poder decisório.

Isto provoca uma reflexão, tendo em vista que a ideia do planejamento emerge somente dos gestores, numa concepção centralizada e pontual. Os trabalhadores da saúde não relatam participação no planejamento, o que pode indicar que o sujeito que faz a ação não planeja a mesma. Verifica-se um paradoxo nos discursos dos entrevistados, pois, ao mesmo tempo em que reforçam a centralização do planejamento, defendem a descentralização da VE.

No quadro 3, apresentam-se as enunciações avaliativas dos atores da pesquisa quanto à implantação da descentralização da VE para a ESE, colocando como objeto de avaliação a capacidade de intervenção da VE.

Quadro 9 - Enunciações avaliativas sobre a implantação da descentralização de Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família, segundo ator .

ATOR	COMO É DESCRITA	TERMO AVALIATIVO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO
Gestor	Temos alcançado avanços nesse processo e temos também retrocedido em alguns aspectos. Esses avanços, a gente considera muito pontuais e favoráveis porque são os avanços que a gente vê, resultados favoráveis nos indicadores das doenças específicas [...] como no programa de tuberculose que a gente começou a descentralizar visando atingir os indicadores pactuados na PPI.	Avanços pontuais Retrocessos	Desempenho positivo Desempenho negativo
Gestor	Facilidade que eu vejo é a gente levar o tratamento pra próximo do doente, porque a maioria da população é de poder aquisitivo baixo. Então, ela não tem como estar se deslocando.	Facilidade Tratamento próximo ao doente	Qualidade positiva Desempenho positivo
Trabalhador da Saúde (Nível Médio)	Os casos que até aqui nós conseguimos detectar na área, como alguns que já tivemos de hanseníase e tuberculose, nós temos conseguido tratar sem dificuldades.	Detecção de casos na área Tratamento sem dificuldades	Desempenho positivo
Gestor	Nós temos visto os resultados positivos, visto que as ações que nós descobrimos são imediatas. Se nós não tivéssemos essa descentralização, com certeza os agravos chegariam para nós de uma maneira mais demorada e assim, claro, as ações de controle também teriam um retorno mais demorado.	Resultados positivos Ação imediata	Desempenho positivo

ATOR	COMO É DESCRITA	TERMO AVALIATIVO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO
Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)	Eu acho que são satisfatórias (refere-se às ações de VE). Embora, assim, fique muito limitado ao âmbito da unidade mesmo, né?	Satisfatória Muito limitada ao âmbito da unidade	Qualidade positiva Desempenho negativo
Gestor	Eu acredito que cada vez mais nós estamos vendo crescer as ações de vigilância dessas equipes.	Crescer o número de intervenções da equipe	Desempenho positivo

OBJETO DA AVALIAÇÃO: CAPACIDADE DE INTERVENÇÃO

No balanço final da avaliação enunciada pelos atores da pesquisa quanto à capacidade de intervenção, confirma-se um desempenho positivo (Quadro 9). Observa-se, no entanto, que o desempenho positivo encontra-se relacionado, sobretudo, à detecção da doença e à adoção de medidas de controle, o que reforça a análise anterior da existência de uma prática fragmentada na ESF e de uma concepção de VE voltada para o controle das doenças transmissíveis.

Comparando a avaliação feita pelos atores deste estudo aos resultados apresentados na análise documental, pode-se afirmar que houve melhora em alguns indicadores de saúde. Este exemplo demonstra que a implantação da descentralização da VE para as ESF traz resultados positivos nos indicadores de saúde. Contudo, não basta apenas a vontade e o compromisso de alguns atores, é necessário, sobretudo, o estabelecimento de um projeto político, em que a descentralização da VE seja uma diretriz da Secretaria Municipal de Saúde, e não apenas um projeto de alguns trabalhadores.

Ainda que declarado um aparente apoio a esta intervenção, tendo em vista que os discursos tanto dos trabalhadores da saúde quanto dos gestores apontam como favoráveis à descentralização da VE, as estratégias que foram e estão sendo utilizadas não contribuíram para que esta ocorra efetivamente, caracterizando-se muito mais como uma

desconcentração de atividades. Portanto, a implantação da descentralização da VE para a ESF representa não somente uma questão técnica e administrativa, como também uma questão conceitual e política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise adotada neste estudo permitiu avaliar como ocorre a descentralização da vigilância epidemiológica para a ESF, respondendo à pergunta da pesquisa, como também contemplou uma realidade que não pode ser somente quantificada, considerando que os atores são portadores de subjetividades, e estão inseridos dentro de um contexto histórico e socialmente construídos.

A utilização da análise de implantação, nesta pesquisa avaliativa, permitiu atingir o seu objetivo geral, que é avaliar a descentralização da VE para a ESF; dos seus objetivos específicos, como analisar a influência da descentralização da VE na organização da Unidade de Saúde da Família, e identificar os determinantes contextuais no processo de implantação da descentralização. A adoção da análise de implantação permitiu também que a avaliação sobre o fenômeno estudado se expressasse de modo ampliado e profundo, revelando aspectos não esperados e nuances particulares do contexto local. Revela-se, assim, particularmente útil pela diversidade de aspectos que emergem da análise, permitindo que os resultados da pesquisa possam ser úteis tanto para o redirecionamento do processo de gestão como para melhor analisar fenômenos complexos, como é o caso do objeto estudado.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. *Relatório de gestão 2001*. Feira de Santana, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990, seção 1.
- BONNIOL, J-J; VIAL, M. *Modelos de avaliação: textos fundamentais*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BOSI, ML. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- CERQUEIRA, E. M. et al. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do sistema de saúde em Feira de Santana-Ba. *Epidemiologia e serviços de saúde. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Brasília, v. 12, n. 4, p. 213-223, 2003. Disponível em: <http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742003000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 29 jul. 2011.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 29-47.
- DENIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a pratica na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 49-88.
- DRAIBE, S. Avaliação de programas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; BRANT de CARVALHO, M. C. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais*. São Paulo: IEE; PUC, 2001. p. 165-181.
- DRUMMOND JR, M. *Epidemiologia nos municípios: muito além das normas*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FAGUNDES, N. C.; FROES BURNHAM, T. Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. *Revista da FAGED*, n. 5, p. 39-55, 2001. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1386/1/2013.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2011.

FIGUEREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. *Cadernos Fundap*. São Paulo, p. 98-105, 1996. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/A%20AVALIACAO%20NO%20SUS%20COMO%20ESTRATEGIA%20DE%20REORDENACAO%20DA%20SAUDE.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2011

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

GAPI-UNICAMP. *Metodologia de análise de políticas públicas*. São Paulo, 2002. 50 p. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 01 ago 2011

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 12-27.

INOJOSA, R. M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? *Cadernos Fundap*, p. 88- 97, São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/AVALIACAO%20E%20CONTROLE%20DO%20SUS%20MUDAM-SE%20AS%20PRATICAS.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MELO, C. M. M. *Inovação e gestão pública em saúde: uma análise da perspectiva local*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MERCARDO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BONNIOL, J. J.; VIAL, M. *Modelos de avaliação: textos fundamentais*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RIBEIRO, J. U. *Política: quem manda, por que manda e como manda*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

SANTOS, S. S. B. S. *Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família*. 2006. 130 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006).

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

TANAKA, O.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Tradução de Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.