

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE NOS PROCESSOS DA GESTÃO E EM PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE POR SERVIDORES DA REGIÃO DE SAÚDE TOPAMA

PERCEPTION OF QUALITY IN MANAGEMENT PROCESSES AND HEALTH SURVEILLANCE PRACTICES BY SERVANTS IN THE TOPAMA HEALTH REGION

Wendy Moura Sanches
wendy.moura12@gmail.com

Renata Andrade de Medeiros Moreira
renatamoreira@uft.edu.br

Paulo Fernando de Melo Martins
paulofernando@uft.edu.br

Tainara Pereira de Araújo
tainarace@gmail.com

Euzamar de Araujo Silva Santana
euzamarsantanaenf@gmail.com

Renata Junqueira Pereira
renatajunqueira@uft.edu.br

Resumo

A Vigilância em Saúde é guiada pelos processos de controle de doenças e riscos epidemiológicos de determinado território. Utiliza-se de estratégias de organização de políticas e ações com enfoque na situação de saúde das populações. Por ser uma prática complexa e contínua, os municípios com menor capacidade de articulação enfrentam dificuldades de organização e de qualidade da atenção em saúde. Analisar a percepção de gestores e profissionais de saúde, quanto a qualidade nos processos da gestão e prática de VS em municípios da Região TOPAMA, de acordo com o tamanho populacional. Estudo quantitativo com gestores e profissionais de saúde de 30 municípios da Região TOPAMA que apresentam baixo desempenho no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde. Os dados foram coletados por meio de questionário *online*. Aplicou-se um instrumento com escala valorativa sobre organização da Vigilância em Saúde, gestão de trabalho, participação e controle social, apoio institucional, educação permanente em saúde, monitoramento e avaliação e estrutura da atenção à saúde. Os municípios estudados foram estratificados de acordo com o tamanho populacional. Realizou-se análises descritivas, ANOVA com teste *post-hoc* de Tukey. Verificou-se que municípios com população ≤ 5.000 habitantes tiveram menores médias para as subdimensões: Apoio Institucional ($p=0,037$), Educação Permanente ($p=0,015$), Monitoramento e Avaliação ($p=0,017$), Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos ($p=0,028$), e Infraestrutura e Equipamentos ($p=0,010$). Constatou-se que o contexto populacional de municípios revela obstáculos na gestão e práticas em saúde, pois identificou-se que os servidores de saúde possuem percepção sobre as fragilidades das ações que enfraquecem a regionalização e a qualidade da saúde. No entanto, os pontos avaliados possibilitam intervenções que fortalecem a qualidade dos serviços de saúde na região.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde; Sistema Único de Saúde; Regionalização; Políticas Pública de Saúde.

Abstract

Health Surveillance is guided by the processes of disease control and epidemiological risks of a given territory. It is configured as strategies for organizing policies and actions focused on the health situation of the population. Because it is a complex and continuous practice, the municipalities with less articulation capacity face difficulties in the organization and quality of health care. To analyze the perception of managers and health professionals about the quality of management processes and the practice of HT in municipalities of the TOPAMA region, according to the population size. Quantitative study with managers and health professionals from 30 municipalities in the TOPAMA Region that have low performance in the Program for the Qualification of Health Surveillance Actions. Data were collected using an online questionnaire. An instrument was applied with a evaluative scale on the organization of Health Surveillance, work management, participation and social control, institutional support, continuing education in health, monitoring and evaluation, and health care structure. The municipalities studied were stratified according to population size. Descriptive analysis, ANOVA with Tukey post-hoc test were performed. It was verified that municipalities with a population $\leq 5,000$ inhabitants had lower means for the subdimensions: Institutional Support ($p=0.037$), Continuing Education ($p=0.015$), Monitoring and Evaluation ($p=0.017$), Inputs, Immunobiologicals, and medicines ($p=0.028$), and Infrastructure and Equipment ($p=0.010$). It was verified that the population context of municipalities reveals obstacles in health management and practices, since it was identified that the health workers have a perception about the weaknesses of the actions that weaken regionalization and health quality. However, the points evaluated enable interventions that strengthen the quality of health services in the region.

Keywords: Health Surveillance; Unified Health System; Regionalization; Public Health Policies.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como marco histórico para a saúde brasileira, sendo instituída a partir da Reforma Sanitária e que modelou a Atenção à Saúde (SANTOS, 2017; SILVA et al., 2021). Nesse sentido a Lei 8.080/1990 iniciou, por meio da descentralização e regionalização, as definições e direcionamentos de ações e seus responsáveis nas três esferas de governo (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A partir do Decreto 7.508/2011 houve a regulamentação e a instituição, em estados e municípios, de Regiões de Saúde (RS) contendo no mínimo serviços e ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e a vigilância em saúde (VS) dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013a; SANTOS, 2017).

A caracterização da VS é derivada da visão local dos processos de controle de doenças e riscos epidemiológicos aparentes (PINHEIRO et al., 2018; TEIXEIRA et al., 2018). Levando em consideração a definição de saúde proposta na Lei 8.080/1990, a integralidade da assistência às pessoas se manifesta por ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990), demandando que as resoluções dos problemas sejam baseadas na vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária (BRASIL, 2018; NETA; MEDEIROS; GONÇALVES, 2018; SILVA et al., 2021).

A instituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) no Brasil por meio da Resolução 588/2018, fortaleceu a implementação da VS na orientação do modelo de atenção à saúde, sobre todos os níveis e formas (BRASIL, 2018). As ações de controle de danos, riscos e prevenção tiveram sua prática alinhada as estratégias de articulação, integração e compreensão da situação de saúde regional nos territórios, valorizando a integralidade do cuidado de forma contínua, permanente e sistemáticas (GUIMARÃES et al., 2017; SILVA et al., 2021).

No que se refere a extensão territorial que o país apresenta, as estratégias de organização das políticas e práticas de VS, com enfoque na coleta, compilação, avaliação e divulgação de dados para detecção e controle de doenças, se tornam complexas e contínuas a medida em que as heterogeneidades entre as regiões passam pelas transições demográficas, econômicas e sociais (GUIMARÃES et al., 2017).

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)

As RS foram determinadas a fim de garantir a autogestão do SUS, onde as fronteiras interestaduais pudessem se articular no planejamento de ações de VS regionais, apoiadas e fortalecidas pelo financiamento federal mediante o estabelecimento de programas e políticas de saúde entre os estados e municípios. Porém, na literatura, os estudos mostram que essa regionalização enfrenta várias dificuldades e desafios, visto que as baixas taxas de qualidade nos serviços em saúde, sugerem menores capilaridades de articulação interestaduais, em especial, no Norte e Nordeste do país (ALELUIA et al., 2022; CASANOVA et al., 2017; DE ALBUQUERQUE et al., 2019).

Dentre as RS da Amazônia Legal encontra-se a Região TOPAMA que abrange 3 macrorregiões e 14 microrregiões de saúde localizadas no norte do Tocantins (65 municípios), sudeste do Pará (22 municípios) e sudoeste do Maranhão (23 municípios), totalizando 110 municípios. Estudos na Região relatam serviços de saúde fragilizados com baixa cobertura de esgotamento sanitário e coleta de lixo; alta prevalência de partos cesáreos; área endêmica para os agravos de doenças negligenciadas; dificuldade de fixação de profissionais e baixo índice de desenvolvimento humano. (BRASIL, 2016; CASANOVA et al., 2017).

Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a percepção de gestores municipais de saúde e profissionais de saúde quanto os processos da gestão e prática de VS em municípios da Região de Saúde TOPAMA, de acordo com o tamanho populacional.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional quantitativo, de caráter descritivo e transversal, integrado ao *Projeto Central QualiTOPAMA* na Região TOPAMA, que tem como objetivo de identificar os fatores que limitam ou impossibilitam a consecução de atividades pelas equipes de VS dos municípios, no sentido de alcançar as metas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) (MARTINS et al., 2021).

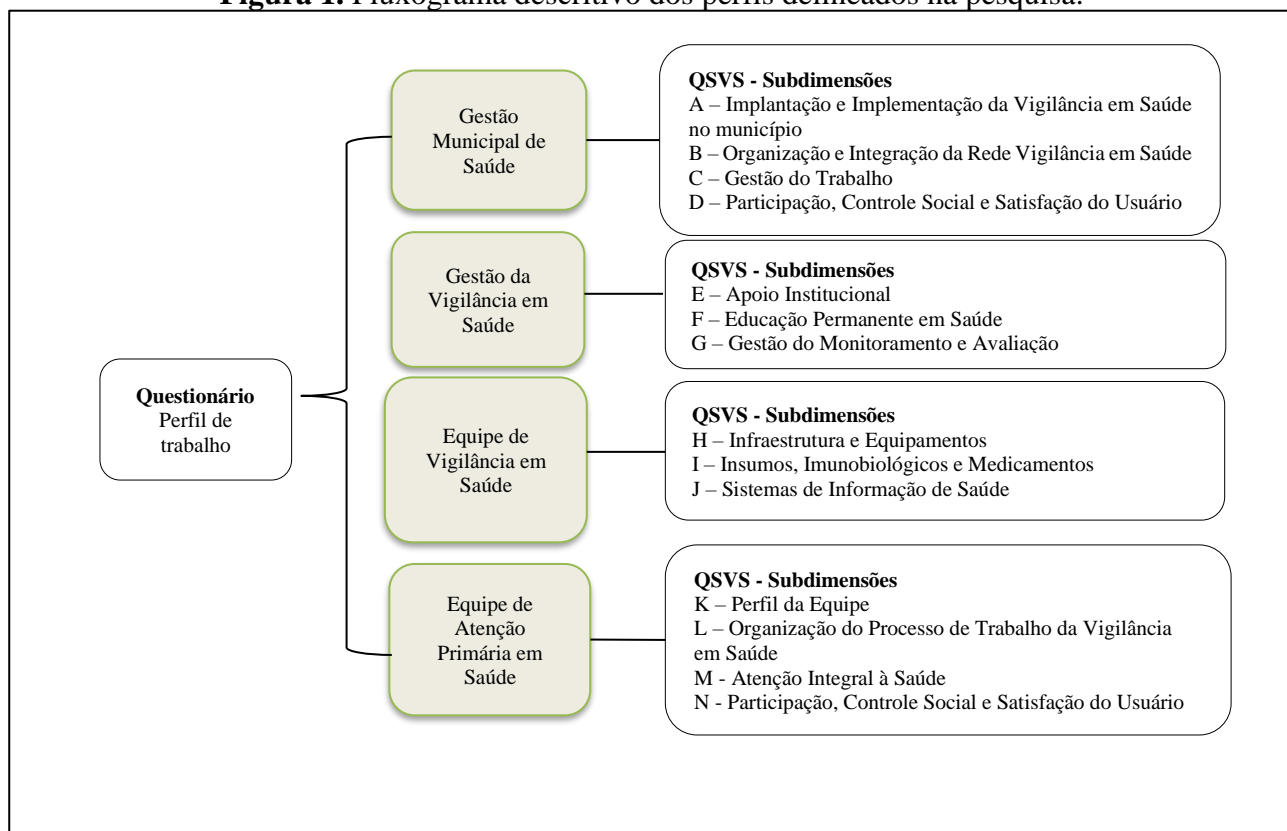
Dentre os 110 municípios da Região TOPAMA, 30 foram selecionados para estudo, por se destacarem negativamente no atingimento das metas e indicadores do PQA-VS, no ano que antecedeu o início do projeto (2018) (MARTINS et al., 2021). Aos 30 municípios, foi solicitado que as Secretarias Municipais de Saúde elencassem servidores que atuassem nos quatro perfis de profissionais estabelecidos para a pesquisa: gestor municipal de saúde, gestor do departamento de VS, membro da equipe de VS e membro da equipe de APS.

Dentre os 110 municípios da Região TOPAMA, 30 foram selecionados para estudo, por se destacarem negativamente no atingimento das metas e indicadores do PQA-VS, no ano que antecedeu o início do projeto (2018) (MARTINS et al., 2021). Aos 30 municípios, foi solicitado que as Secretarias Municipais de Saúde elencassem os servidores estabelecidos para a pesquisa.

Após a obtenção das listas de servidores elegíveis à participação, todos receberam um *link* com o convite a participar do estudo e o questionário de pesquisa *online* (*websurvey*), que se abria para ser respondido, após o participante ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos no estudo todos os servidores elegíveis, que aceitaram o TCLE e que responderam completamente o *websurvey*. Foram excluídos aqueles que não aceitaram o TCLE, ou deixaram respostas incompletas no questionário de pesquisa, ou estavam de férias ou licença médica durante a coleta de dados.

A ferramenta de coletas de dados utilizada foi proposta e validada na pesquisa de Santos (2016). A ferramenta contou com um questionário uma escala valorativa, referida nessa pesquisa como a Escala Valorativa da Qualidade do Serviço de Vigilância em Saúde (QSVS), com o objetivo de definir a percepção dos respondentes em relação ao objeto de estudo (Figura 1). Para as questões expressas na escala, em que o valor zero (0) equivale à pior avaliação e o dez (10) à melhor, o que permitiu avaliar o grau de adequação da prática do trabalhador e gestor em relação ao que é esperado em termos de qualidade para a prática.

Figura 1. Fluxograma descritivo dos perfis delineados na pesquisa.



Nota: QSVS – Escala Valorativa da Qualidade nos Serviços de Vigilância em Saúde.

Para a avaliação da QSVS, estratificou-se os 30 municípios da Região TOPAMA em 6 grupos quanto ao seu tamanho populacional, divididos de acordo com a Portaria 1.708/2013 do PQA-VS, que descreveu o valor do financiamento para ações de VS pelo número de habitantes do município (BRASIL, 2013a), e população estimada de acordo com dados do IBGE (2021), apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos municípios da Região TOPAMA, divididos de acordo com a portaria do PQA-VS e população estimada de acordo com dados do IBGE (2021).

Descrição populacional	Nº de municípios	Municípios – UF
Municípios com população ≤ a 5.000 habitantes.	4	Angico (TO), Carmolândia (TO), Luzinópolis (TO), Piraquê (TO)
Municípios com população entre 5.001 e 10.000 habitantes.	6	Davinópolis (MA), Brejo Grande do Araguaia (PA), Ananás (TO), Aragominas (TO), Araguaia (TO), Darcinópolis (TO), Santa Fé do Araguaia (TO)
Municípios com população entre 10.001 e 20.000 habitantes.	5	Campestre do Maranhão (MA), Bom Jesus do Tocantins (PA), Augustinópolis (TO), Wanderlândia (TO)
Municípios com população entre 20.001 e 50.000 habitantes.	8	Amarante do Maranhão (MA), Estreito (MA), Itinga do Maranhão (MA), João Lisboa (MA), Porto Franco (MA), São Domingos do Araguaia (PA), Tocantinópolis (TO)
Municípios com população entre 50.001 e 100.000 habitantes.	3	Dom Eliseu (PA), Itupiranga (PA), Rondon do Pará (PA)
Municípios com população ≥ 100.000 habitantes.	4	Açailândia (MA), Imperatriz (MA), Marabá (PA), Araguaína (TO)

Fonte: BRASIL, 2013a; IBGE, 2021. Nota: PQA-VS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

As análises estatísticas foram realizadas pelo *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 23.0. Realizou-se análise de normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, avaliação de Skewness e Curtose, e de gráfico de normalidade. A análise descritiva constou de frequência e medidas de tendência central e de dispersão. Para comparação da QSVS com o tamanho do município realizou-se Análise de Variância Unidirecional (ANOVA) com teste *Post-hoc* de Tukey HSD. Considerou-se significância de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, sob o número de protocolo: 4.145.247. Os participantes, ao abrirem a tela inicial do link da pesquisa, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e somente deram seguimento às respostas do questionário após o aceite de concordância.

Resultados e Discussões

Ao todo 484 questionários estavam completamente preenchidos, sendo que 39,6% (n=192) eram profissionais dos municípios do Maranhão, 31,2% (n=151) do Pará e 29,1% (n=141) do Tocantins. Quanto a área de atuação dos participantes da pesquisa verificou-se que 19 gestores municipais de saúde e 58 gestores de VS responderam aos questionários; 52,6% (n=255) dos respondentes eram da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS), e 31,4% (n=152) da equipe de VS (Tabela 1).

Verificou-se que 13,3% (n=4) eram municípios com ≤ 5.000 habitantes; 20,0% (n=6) eram municípios com população entre 5.001 e 10.000 habitantes; 16,7% (n=5) entre 10.001 a 20.000 habitantes; 26,7% (n=8) dos com população entre 20.001 a 50.000 habitantes; e 10,0% (n=3) entre 50.001 a 100.000 habitantes e 13,3% (n=4) ≥ 100.000 habitantes. Ressalta-se ainda que todos os

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)

municípios com população ≤ 5.000 habitantes pertencem ao estado do Tocantins, sendo considerados municípios de pequeno porte, ou seja, aqueles com população inferior a 20.000 habitantes (Tabela 1).

Os respondentes do perfil da gestão de VS pertenciam às coordenações de VS, coordenação de vigilância sanitária e coordenação da atenção básica (AB), em sua maioria, com destaque para a gestão de Vigilância Epidemiológica (VE). A distribuição dos respondentes por área, conforme o número de habitantes dos municípios estão demonstrados na Tabela 1.

Pode-se notar na Tabela 1, pelo perfil de trabalho, que os profissionais membros de equipes de APS, apresentaram maior frequência em municípios ≤ 5.000 hab. (48,3%), 10.001 a 20.000 hab. (66,7%), de 20.001 a 50.000 hab. (52,1%), de 50.001 a 100.000 hab. (51,4%) e nos >100.000 hab. (59,6%). Considerando-se o fato de que as equipes de APS abrangem diversos profissionais de saúde alocados em Unidades Básicas de Saúde baseadas no número de habitantes na localidade (BRASIL, 2017; MENDES, 2010).

Quanto aos cargos ocupados, os mais citados entre os participantes, membros das equipes de VS, foram: agente comunitário de endemias (29,6%, n=45) e digitador (16,4%, n=25). Dentre os participantes, membros de equipes de APS, foram enfermeiro (33,7%, n=82) e agente comunitário de saúde (18,5%, n=45).

Quanto ao conhecimento autorreferido dos participantes sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS), se observou elevadas frequências de respostas, afirmando pouco conhecimento sobre o PMS, 74,7% dos servidores dos municípios entre 10.001 a 20.000 habitantes (Tabela 1).

Considerando que o PMS permite que gestores administrem a articulação de Políticas Públicas de Saúde pela tomada de decisão, tal resultado pode impactar no atendimento às necessidades da população na região, as quais são orientadas pelas demandas de saúde da população e priorização da organização dos serviços de saúde (PINAFO, 2016).

Com relação ao autorrelato de utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) na prática de trabalho pelos participantes, observa-se na Tabela 1 as prevalências de utilização de cada um dos sistemas, conforme a população do município.

Tabela 1. Percentual de respondentes por estado, área, vínculo e perfil de trabalho, escolaridade, conhecimento do plano municipal de saúde e utilização dos sistemas de informação em saúde por grupo populacional dos municípios da Região TOPAMA, 2020.

Variáveis	≤ 5.000 hab.	5.001- 10.000 hab.	10.001- 20.000 hab.	20.001- 50.000 hab.	50.001- 100.000 hab.	≥ 100.000 hab.
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Estados¹						
Tocantins				13,5		
Pará	20,6	39,0	19,1	(19)	0,0 (0)	7,8 (11)
Maranhão	(29)	(55)	(27)	19,9	49,0	20,5 (31)
	0,0 (0)	4,6 (7)	6,0 (9)	(30)	(74)	32,3 (62)
	0,0 (0)	0,0 (0)	20,3	47,4	0,0 (0)	
			(39)	(91)		
Perfil de trabalho¹						
Gestão Municipal de Saúde	3,4 (1)	4,8 (3)	5,3 (4)	4,3 (6)	1,4 (1)	
Gestão de VS	20,7 (6)	14,5 (9)	6,7 (5)	17,9	4,1 (3)	3,8 (4)
Equipe da gestão de VS	27,6 (8)	51,6	21,3	(25)	43,2	9,6 (10)
Equipe de APS	48,3	(32)	(16)	25,7	(32)	26,9 (28)
	(14)	29,0	66,7	(36)	51,4	59,6 (62)
		(18)	(50)	52,1	(38)	
				(73)		

Escolaridade¹						
Fundamental I	0,0 (0)	0,0 (0)	1,3 (1)	0,0 (0)	1,4 (1)	0,0 (0)
incompleto	0,0 (0)	0,0 (0)	1,3 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	1,0 (1)
Fundamental I completo	0,0 (0)	0,0 (0)	2,7 (2)	0,0 (0)	1,4 (1)	0,0 (0)
Fundamental II	0,0 (0)	3,3 (2)	2,7 (2)	1,4 (2)	6,8 (5)	2,0 (2)
incompleto	50,0	47,5	37,3	18,8	32,4	20,8 (21)
Fundamental II completo	(14)	(29)	(28)	(26)	(24)	8,9 (9)
Ensino Médio -	7,1 (2)	8,2 (5)	10,7 (8)	4,3 (6)	8,1 (6)	22,8 (33)
Incompleto	28,6 (8)	31,1	24,0	37,0	24,3	4,0 (4)
Ensino Médio -	3,6 (1)	(19)	(18)	(51)	(18)	38,6 (39)
Completo	10,7 (3)	1,6 (1)	1,3 (1)	11,6	9,5 (7)	1,0 (1)
Superior - Incompleto	0,0 (0)	8,2 (5)	16,0	(16)	14,9	1,0 (1)
Superior - Completo	0,0 (0)	0,0 (0)	(12)	23,9	(11)	
Especialização em		0,0 (0)	2,7 (2)	(33)	1,4 (1)	
andamento			0,0 (0)	2,2 (3)	0,0 (0)	
Especialização concluído				0,7 (1)		
Mestrado em andamento						
Áreas de Serviços de VS¹						
CCZ*	0,0 (0)	6,5 (4)	1,4 (1)	3,8 (5)	0,0 (0)	
Laboratório de Saúde	0,0 (0)	3,2 (2)	0,0 (0)	1,5 (2)	0,0 (0)	3,9 (4)
Pública	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,8 (1)	1,4 (1)	0,0 (0)
SVO*	32,1 (9)	32,3	33,8	23,3	42,5	0,0 (0)
Vigilância	10,7 (3)	(20)	(25)	(31)	(31)	39,2 (40)
Epidemiológica	57,1	16,1	5,4 (4)	9,0 (12)	4,1 (3)	2,0 (2)
Vigilância Sanitária	(16)	(10)	59,5	61,7	52,1	54,9 (56)
Outro		(26)	(44)	(82)	(38)	
Vínculo de Trabalho¹						
CLT	45,8	44,0	28,6	34,9	34,4	
Estatutário	(11)	(22)	(20)	(38)	(22)	8,4 (8)
	54,2	56,0	71,4	65,1	65,6	91,6 (87)
	(13)	(28)	(50)	(71)	(42)	
Plano Municipal de Saúde¹						
Não possui conhecimento	17,9 (5)	19,4	8,0 (6)	24,6	14,1	
Sim, conhece plenamente	25,0 (7)	(12)	17,3	(34)	(10)	29,7 (30)
Sim, mas pouco conhecimento	57,1	46,8	(13)	29,0	31,0	29,7 (30)
	(16)	(29)	74,7	(40)	(22)	40,6 (41)
		33,9	(56)	46,4	54,9	
		(21)		(64)	(39)	
Utilização dos SIS¹						
SINAN	55,2	27,4	36,0	52,1	36,5	
SIVISA	(16)	(17)	(27)	(73)	(27)	45,2 (47)
SI-PNI	17,2 (5)	16,1	33,3	17,9	8,1 (6)	7,7 (8)
SIM	24,1 (7)	(10)	(25)	(25)	33,8	28,8 (30)
SINASC	37,9	25,8	37,3	31,4	(25)	17,3 (18)
Tabnet/Tabwin	(11)	(16)	(28)	(44)	12,2 (9)	13,5 (14)
Outro sistema	37,9	21,0	48,0	27,1	14,9	14,4 (15)
	(11)	(13)	(36)	(38)	(11)	39,4 (41)
	24,1 (7)				9,5 (7)	

34,5	21,0	48,0	25,7	40,5
(10)	(13)	(36)	(36)	(30)
	4,8 (3)	10,7 (8)	10,7	
	43,5	36,0	(15)	
	(27)	(27)	30,7	
			(43)	

Nota: ¹Variável categórica (Frequência relativa e Frequência Absoluta). *VS – Vigilância em Saúde; CLT – contrato legal de trabalho; CCZ - Centro de Controle de Zoonoses; SVO - Serviço de Verificação de Óbitos; SIS – Sistemas de Informação em Saúde; SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIVISA – Sistema de Informação em Vigilância Sanitária; SIPNI – Sistema Nacional de Informações do Programa Nacional de Imunizações; SIM – Sistema de Informação de Mortalidade; SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos; Tabnet/Tabwin – Tabulador de dados para Internet.

Na Tabela 2 é possível observar a avaliação, em escala valorativa, das subdimensões sobre itens que remetem à qualidade do serviço de VS, conforme estratificação de municípios em tamanho populacional. Ao avaliar o somatório da pontuação da QSVS, por área de atuação do participante da pesquisa, verificou-se que os gestores de VS de municípios população ≤ 5.000 habitantes ($99,2 \pm 30,5$) avaliaram a qualidade da VS com nota significativamente menor que os dos municípios entre 5.001-10.000 habitantes ($138,3 \pm 21,4$), os de 10.001 a 20.000 hab. ($152,2 \pm 22,8$) e os de 20.001 a 50.000 hab. ($143,5 \pm 15,2$) ($p=0,023$).

Dentre as 14 subdimensões da pesquisadas, 5 apresentaram significância com relação ao contingente populacional.

Identificou-se na *Subdimensão Apoio Institucional* que os municípios com população ≤ 5.000 habitantes tiveram a percepção de menor qualidade quanto aos itens: “estabelecimento de relação democrática e dialógica com as equipes”, quando comparados com os de 5.001-10.000 habitantes e 10.001-20.000 habitantes ($p<0,001$); “oferta de apoio institucional ou similar as equipes de vigilância”, em relação a municípios com 10.001-20.000 habitantes ($p=0,032$); “apoiar e investir na facilitação da organização de intervenções intersetoriais” ($p=0,008$), e, “apoiar e investir na facilitação de processos locais de planejamento” ($p=0,009$), quando comparados aos municípios com populações entre 5.001 e 100.000 habitantes; e “apoiar e investir na mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários” quanto aos municípios de 5.001-10.000 habitantes ($p=0,045$).

O apoio institucional é uma ferramenta de gestão compartilhada de educação permanente e busca, por meio de estratégias sistemáticas a resolução de problemas e o crescimento individual e coletivo. Desse modo seus frutos são o apoio na qualificação dos processos de trabalho, participação na análise crítica e dialógica no enfrentamento dos problemas, e mantém o contato com as equipes para apoio ao planejamento, organização de trabalho de equipe, e apoio ao monitoramento e à avaliação de informações transmitidas por reuniões com objetivos comuns e específicos (ABREU, 2018; MELO, 2017).

Melo et al. (2017) citam que o apoio institucional se desenvolve sistematicamente e de forma democrática e autônoma nos sujeitos, e que a capacidade de reflexão, julgamento e ação durante a prática de trabalho, é apoiada pelos profissionais de VS junto às equipes de APS. Nesse sentido, a percepção do apoio institucional se apresentar inferior em municípios com menor população, pode estar relacionada ao fato de cidades de pequeno porte possuírem poucas equipes de VS, e não estabelecerem contato do apoiador institucional com as equipes.

Na perspectiva de qualificação e da descentralização da gestão do SUS, as tarefas coletivas no cotidiano das equipes o apoio institucional permite a realização das análises dos espaços coletivos nas RAS e dos processos de trabalho para mediação e suporte em grupos educativos que impactarão na qualidade da integralidade do cuidado (ABREU, 2018; MACHADO; MATTOS, 2015).

Quanto a *Subdimensão Educação Permanente em Saúde* (EPS) os menores valores médios foram observados nos municípios ≤ 5.000 hab. com relação para: “estratégias de educação permanente construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da VS” ($p=0,009$); para “disposição de estratégias que estimulam a troca de experiências” ($p=0,008$); em “realização de momentos destinados às reuniões com equipes de saúde” ($p=0,007$); e para a “realização de articulações de forma a propiciar que a VS seja um espaço de formação e aprendizagem” ($p=0,045$).

O fato de os municípios menores apresentarem resultados inferiores aos demais, pode ser explicado pela menor oferta de ações de EPS, ocasionando uma insuficiência ou inadequação quanto a importância das ações de VS nos espaços de formação e aprendizagem, refletindo em menores oportunidades de trocas de experiências (BRASIL, 2012).

Segundo Recktenwaldt et al. (2017) e Silva et al. (2017), ao estudarem municípios de pequeno porte (< 10.000 habitantes), relataram as dificuldades de realização de ações de EPS e capacitação das equipes da APS na Bahia e no Rio Grande do Sul. As principais características mencionadas foram a falta de intersetorialidade, ações pontuais e muito específicas, alta rotatividade ou a falta de profissionais e a fragilidade na participação e controle social (com ausência de ações voltadas aos problemas da população).

Examinando as políticas públicas, em 2007 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que caracteriza-se como estratégia de gestão com perspectiva pedagógica para que o ensino ocorra em ações e serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2009; OLIVEIRA et al., 2016). Essa política possui um papel de indutor e incentivador, a partir de observações das práticas de saúde, na formação profissional (BRASIL, 2003). Para tanto, deve-se atender as necessidades, dificuldades, especificidades e as capacidades locais para o planejamento da EPS (BRASIL, 2007), visando qualificar as práticas do cuidado, de gestão e da participação popular (BRASIL, 2012).

Na *Subdimensão Monitoramento e Avaliação* as menores médias foram observadas para: “a organização e adoção de ações de monitoramento no âmbito da Vigilância” ($p=0,010$) entre os municípios ≤ 5.000 habitantes, quando observados em relação aos municípios entre 5.001-10.000 habitantes, entre 10.001-20.000 habitantes e entre 20.001-50.000 habitantes; para o item “promoção da discussão de resultados e estimulação do uso da informação pelas equipes de VS” ($p=0,010$), em municípios ≤ 5.000 habitantes em relação aos municípios com 10.001-20.000 habitantes e entre 50.001-100.000 habitantes (Tabela 2).

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) define ações de monitoramento como a contínua análise de situação de saúde da população e como a realização da gestão do risco de doenças e agravos, devendo identificar e explicar tais situações e comportamentos utilizando indicadores que contribuem para o planejamento de intervenções e resolutividade da situação (BRASIL, 2018; GUIMARÃES et al., 2017).

Considerando-se que alguns processos de monitoramento e avaliação da situação de saúde são originados a partir de análises dos dados oriundos dos SIS, o nível de conhecimento desses sistemas remete à capacidade de análise e disseminação das informações coletadas pelas equipes de VS e a interfere na qualidade da organização e do fortalecimento da VS, uma vez que o pouco conhecimento e utilização dos SIS leva à dificuldade de perceber as prioridades no cuidado integral à saúde da população (DONATELI et al., 2017; RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

Dessa forma o conjunto de tecnologias de intervenção, ações de investigação e sistemas de informação devem ser interligados às coletas, consolidações e análises de dados, para disseminação dessas informações como ferramentas que estimulem e possibilitem a discussão e a revisão das estratégias previamente definidas, assim como a qualificação das novas intervenções a serem adotadas (BRASIL, 2018; CASANOVA et al., 2017).

Na *Subdimensão Infraestrutura e Equipamentos*, no item “deslocamentos dos profissionais das equipes de vigilância para a realização de atividades externas programadas realizadas por meio de veículo oficial” ($p=0,010$), observou-se maior média em municípios com população entre 10.001-20.000 habitantes ($8,7 \pm 0,6$) que os municípios de 20.001-50.000 habitantes ($6,6 \pm 1,2$) (Tabela 2).

Ao avaliar esse contexto, no que diz respeito à territorialidade dos municípios, deve-se considerar sua dimensão e extensão, assim como a presença de grandes áreas rurais a serem também cobertas pelas equipes de saúde. Por exemplo, em estudo Albuquerque et al. (2019) relataram em pesquisa sobre avaliação do desempenho da regionalização da VS em seis regiões do Brasil, e na Região de Saúde do entorno de Manaus e Alto Rio Negro (Amazonas), onde foi observado um desempenho insatisfatório dificultando as ações e serviços de saúde, principalmente pela característica local de um estado com dimensões extensas e meios de transporte precários, incluindo por via fluvial.

Em estudo de quatro municípios com menos de cinco mil habitantes no estado do Rio Grande do Sul, os autores obtiveram relatos dos profissionais da vigilância sanitária e ambiental sobre a falta de veículo próprio para realização das fiscalizações, apesar de apresentar verba no município (RECKTENWALDT et al., 2017). Apesar disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê que gestores poderão viabilizar os transportes de equipes nas localidades para a atenção da população, no caso de populações específicas, como equipes de consultório na rua e o custeio de transporte fluvial para as equipes de saúde da família ribeirinhas (BRASIL, 2012; 2017). No entanto, essa previsão não contempla áreas rurais em geral, o que pode reduzir o acesso ao serviço de saúde local, caso a localidade não disponha de veículo destinado a tal finalidade.

Na *Subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos*, o item “o serviço de saúde dispor de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes de serviços de saúde” apresentou maior média de avaliação nos municípios com 5.001-10.000 habitantes ($8,3 \pm 1,1$) quando comparados com municípios com ≥ 100.000 habitantes ($5,9 \pm 1,2$) ($p=0,028$). Essa percepção pode ser um indicativo de inadequação na organização de materiais e insumos na APS nos municípios de maior porte.

Em pesquisa realizada em município com população ≥ 100.000 habitantes, percebeu-se a insatisfação tanto com a qualidade quanto com a disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos; incluindo as equipes de áreas urbanas. Este estudo evidenciou ainda baixas médias nos padrões de qualidade mensurados, o que denota fragilidade e prejudica as ações das equipes na integralidade do cuidado da população (LIMA et al., 2019).

A PNVS denota que a provisão de insumos estratégicos, gestão de estoques é de competência do setor de VS, conforme as pactuações das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (BRASIL, 2018; PANTOJA, 2022). Portanto, salienta-se que a garantia de recursos materiais, equipamentos e insumos na APS é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, para garantir o funcionamento adequado das UBS, incluindo a manutenção destas. E de acordo com a PNAB, aos profissionais da Atenção Básica cabe participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde e atender as demandas exigidas na prática de trabalho (BRASIL, 2012; 2017).

Compreende-se, portanto, que as Subdimensões avaliadas são determinantes para a regionalização da saúde na Região TOPAMA, e que há necessidade de fortalecimento de ações conjuntas entre os estados e municípios, para favorecer o aprimoramento e execução das ações de VS. De forma complementar, o estabelecimento de relações causais entre os resultados do presente estudo, nos municípios estudados, ficou limitado pela presença do estado pandêmico durante a coleta de dados, ocasionando a aplicação de questionários *online*. Todavia as adaptações do estudo se revelaram positivas, proporcionando sua replicabilidade futura.

Tabela 2. Análise das médias de pontuações das subdimensões da Escala Valorativa da Qualidade do Serviço de Vigilância em Saúde na Região TOPAMA, 2020.

Variáveis	≤ 5.000 hab.	5.001-10.000 hab.	10.001-20.000 hab.	20.001-50.000 hab.	50.001-100.000 hab.	≥ 100.000 hab.	p-valor*
Somatório da QSVS¹							
Gestão Municipal de Saúde	233,0 ± 12,4	-	253,5 ± 41,2	261,1 ± 39,2	-	260,5 ± 30,3	0,594
Gestão da Vigilância em Saúde	99,2 ± 30,45 ^{a,b,c}	138,3 ± 21,4 ^a	152,2 ± 22,8 ^b	143,5 ± 15,2 ^c	119,6 ± 27,2	133,3 ± 23,2	0,023
Setor de Gestão da Vigilância em Saúde	191,5 ± 31,6	200,5 ± 47,3	200,8 ± 27,5	197,6 ± 26,0	196,0 ± 19,3	173,26 ± 9,9	0,781
Vigilância em Saúde no serviço	284,3 ± 49,25	391,3 ± 104,4	316,6 ± 22,37	283,0 ± 43,24	279,5 ± 94,87	274,19 ± 31,5	0,056
Subdimensão A: Implantação e implementação da VS no município							
A VS organizada de forma a orientar a rede de atenção à saúde do município.	-	7,33 ± 1,15	7,75 ± 1,70	7,83 ± 1,83	-	8,00 ± 1,41	0,602
A gestão municipal tem as diretrizes da VS orientando práticas sanitárias.	-	8,00 ± 1,00	8,25 ± 1,25	8,33 ± 1,63	-	9,25 ± 0,95	0,660
A gestão municipal implementa medidas de saúde pública e planejamento em saúde a partir da VS.	-	8,50 ± 1,30	-	8,83 ± 1,60	-	8,5 ± 1,30	0,517
A gestão municipal coordena e alimenta os sistemas de informação de interesse da vigilância.	-	8,33 ± 1,15	9,25 ± 0,50	8,67 ± 1,21	-	9,50 ± 1,00	0,330
A gestão municipal coordena a preparação e resposta das ações de vigilância nas emergências de saúde pública.	-	8,33 ± 0,57	8,75 ± 0,95	8,17 ± 2,13	-	9,50 ± 1,00	0,663
A gestão municipal coordena o monitoramento e avaliação da estratégia de vigilância sentinela em âmbito hospitalar.	-	3,67 ± 3,51	6,25 ± 4,50	8,00 ± 1,90	-	8,50 ± 1,00	0,311
A gestão municipal de saúde investe em estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social.	-	8,67 ± 1,15	8,50 ± 1,30	8,67 ± 1,21	-	8,50 ± 1,30	0,991
A gestão municipal de saúde realiza sistematicamente a análise e o acompanhamento da situação de saúde como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.	-	8,67 ± 0,57	8,50 ± 1,00	8,50 ± 1,80	-	8,50 ± 1,70	0,731
A gestão municipal de saúde realiza campanhas publicitárias de interesse da Vigilância, em âmbito municipal.	-	9,00 ± 1,41	9,00 ± 0,81	8,67 ± 1,21	-	8,25 ± 1,50	0,308
A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para a VS.	-	7,33 ± 0,57	8,75 ± 0,95	7,50 ± 1,87	-	7,25 ± 2,63	0,360
A gestão municipal de saúde estimula a promoção e fomento à participação social nas ações de Vigilância.	-	8,00 ± 1,00	8,75 ± 1,25	8,50 ± 1,51	-	8,25 ± 1,50	0,316
A gestão municipal de saúde garante a manutenção e o abastecimento dos Serviços de Saúde Pública.	-	9,00 ± 1,00	9,00 ± 0,81	8,67 ± 1,01	-	9,00 ± 0,81	0,919
A gestão municipal de saúde desenvolve ações intersetoriais para promover a qualidade de vida da população.	-	7,67 ± 0,57	8,75 ± 1,27	8,67 ± 1,21	-	8,50 ± 1,30	0,815
A gestão municipal de saúde legitima, fortalece e qualifica a coordenação da VS.	-	9,00 ± 1,00	8,75 ± 1,25	8,50 ± 1,37	-	8,75 ± 1,25	0,824
A gestão municipal de saúde constitui equipe de apoio institucional ou similar como dispositivo de gestão vinculado à coordenação da VS.	-	8,67 ± 0,57	8,75 ± 0,95	8,50 ± 1,51	-	9,25 ± 0,95	0,317
A gestão municipal garante condições para o deslocamento dos profissionais da Vigilância entre as visitas e inspeções adscritas.	-	9,33 ± 0,57	9,25 ± 0,50	8,18 ± 1,72	-	9,50 ± 0,57	0,346
A gestão municipal apoia o desenvolvimento da gestão por resultados pela equipe da VS.	-	8,33 ± 1,15	9,25 ± 0,50	8,67 ± 1,50	-	9,0 ± 0,81	0,590
A gestão municipal oferece condição segura de trabalho a profissionais da VS	-	9,00 ± 1,00	8,50 ± 1,30	8,83 ± 1,17	-	9,25 ± 0,95	0,901
Total	-	8,11 ± 0,30	8,58 ± 1,06	8,42 ± 1,40	-	8,73 ± 0,97	0,662
Subdimensão B: Organização e Integração da Rede de VS							
A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para vigilância dos riscos e agravos e articulação da rede de proteção à Saúde no município.	-	8,00 ± 1,73	7,50 ± 2,64	8,67 ± 1,03	-	9,25 ± 0,95	0,295

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de ; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)

A gestão municipal desenvolve estratégias de apoio e matriciamento aos núcleos de apoio em saúde coletiva.	-	8,00 ± 1,00	8,50 ± 1,30	8,50 ± 1,50	-	8,25 ± 1,50	0,351
A gestão municipal de saúde utiliza instrumentos de integração dos equipamentos de vigilância.	-	6,67 ± 3,21	8,50 ± 1,30	8,17 ± 1,17	-	8,25 ± 1,50	0,217
A gestão municipal garante a participação da VS nas redes de atenção à saúde.	-	8,33 ± 1,15	9,00 ± 0,81	8,67 ± 1,21	-	8,25 ± 1,50	0,734
A gestão municipal desenvolve estratégias para integração das práticas e processo de trabalho das vigilâncias.	-	8,00 ± 1,73	8,25 ± 1,70	8,67 ± 1,21	-	8,25 ± 1,50	0,722
Total	-	7,80 ± 1,74	8,35 ± 1,47	8,53 ± 1,20	-	8,45 ± 1,28	0,463
Subdimensão C: Gestão do Trabalho							
A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores da VS.	-	7,67 ± 2,30	8,50 ± 1,30	8,80 ± 1,30	-	9,25 ± 0,95	0,349
A gestão municipal remunera e premia os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com equipes de VS	-	6,00 ± 1,73	7,25 ± 2,21	7,83 ± 2,31	-	5,00 ± 3,55	0,598
A gestão municipal garante aos trabalhadores da VS plano de carreira.	-	5,67 ± 2,08	5,75 ± 4,34	9,33 ± 0,81	-	5,50 ± 3,78	0,244
A gestão municipal de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador da VS.	-	7,00 ± 1,73	7,00 ± 2,45	8,67 ± 1,50	-	9,00 ± 1,15	0,377
Total	-	6,58 ± 1,84	7,12 ± 2,27	8,70 ± 1,01	-	7,18 ± 1,51	0,380
Subdimensão D: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário							
A gestão municipal de saúde apoia o funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	-	9,00 ± 1,00	9,25 ± 0,95	9,17 ± 0,98	-	9,75 ± 0,50	0,753
A gestão municipal de saúde desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de Saúde prestados no âmbito da VS.	-	5,67 ± 1,52	6,00 ± 2,94	7,83 ± 2,04	-	6,00 ± 4,32	0,762
A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.	-	5,33 ± 4,61	6,00 ± 2,94	8,17 ± 1,72	-	7,50 ± 2,08	0,513
A gestão municipal de saúde apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular.	-	4,33 ± 4,04	7,50 ± 3,10	8,50 ± 1,87	-	9,00 ± 1,41	0,192
Total	-	6,08 ± 2,32	7,18 ± 2,16	8,41 ± 1,57	-	8,06 ± 1,90	0,504
Subdimensão E: Apoio Institucional							
A gestão da VS estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.	5,62 ± 1,60 ^{d,e,f,g}	8,41 ± 0,80 ^d	9,40 ± 0,90 ^e	8,90 ± 0,85 ^f	8,33 ± 0,57 ^g	7,78 ± 1,27	≤ 0,001
A gestão da VS realiza gerenciamento do risco sanitário.	7,40 ± 1,88	7,33 ± 1,03	7,60 ± 1,67	7,73 ± 0,66	7,00 ± 2,00	7,57 ± 2,28	0,984
A gestão da VS oferta apoio institucional ou similar as equipes de vigilância.	6,35 ± 2,06 ^h	8,10 ± 0,75	9,20 ± 0,83 ^h	8,42 ± 1,02	6,60 ± 2,08	7,70 ± 1,47	0,032
A gestão da VS apoia e investe no suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda de inspeção de médio-alto risco.	2,25 ± 2,60	8,2 ± 1,10	8,00 ± 2,23	7,62 ± 0,76	6,60 ± 2,88	7,53 ± 1,70	0,184
A gestão da VS apoia e investe no suporte à elaboração de projetos de intervenção e implantação de dispositivos de gestão do risco e regulação de recursos da rede a partir da Vigilância.	5,45 ± 2,44	6,88 ± 1,48	7,80 ± 2,77	7,67 ± 0,97	5,33 ± 2,51	7,14 ± 1,01	0,243
A gestão da VS apoia e investe na facilitação da organização de intervenções intersetoriais.	4,75 ± 2,18 ^{ij,k}	8,0 ± 1,20 ^j	8,40 ± 1,51 ^j	7,87 ± 1,33 ^k	5,66 ± 2,08	7,17 ± 1,00	0,008
A gestão da VS apoia e investe na facilitação de processos locais de planejamento.	5,15 ± 2,00 ^{l,m,n}	7,80 ± 0,70 ^l	8,80 ± 1,10 ^m	8,10 ± 0,80 ⁿ	7,00 ± 2,64	7,17 ± 1,00	0,009
A gestão da VS apoia e investe na mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários.	5,05 ± 2,07 ^o	8,20 ± 1,25 ^o	8,20 ± 1,78	7,90 ± 1,13	7,00 ± 1,73	7,64 ± 1,58	0,045
A gestão da VS apoia e investe na articulação de ações de apoio matricial junto aos serviços da saúde da rede.	5,50 ± 1,91	8,38 ± 1,14	8,20 ± 1,92	8,10 ± 0,98	8,00 ± 2,64	7,42 ± 1,33	0,104
Total	5,61 ± 1,81 ^{p,q}	7,94 ± 0,84	8,40 ± 1,57 ^p	8,03 ± 0,80 ^q	6,85 ± 1,61	7,47 ± 1,34	0,037
Subdimensão F: Educação Permanente em Saúde							
As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da VS.	5,65 ± 1,76 ^{r,s}	8,33 ± 1,63 ^r	8,40 ± 1,34 ^s	8,10 ± 0,87	6,33 ± 0,57	6,42 ± 1,26	0,009
A gestão da VS utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.	5,40 ± 1,77 ^{t,u}	7,83 ± 1,83	8,40 ± 1,14 ^t	7,77 ± 1,24 ^u	6,60 ± 2,08	6,90 ± 0,82	0,074

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de ; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)

A gestão da VS dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.	5,25 ± 1,90 ^{v,w}	7,66 ± 2,06	8,80 ± 1,30 ^v	8,27 ± 0,96 ^w	5,66 ± 0,57	7,35 ± 1,40	0,008
A gestão da VS garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.	5,65 ± 1,58 ^{y,z}	8,00 ± 1,27	9,20 ± 0,83 ^y	8,77 ± 0,73 ^z	8,00 ± 2,00	7,90 ± 1,63	0,007
A gestão da VS faz articulações de forma a propiciar que a VS seja um espaço de formação e aprendizagem.	5,45 ± 1,75 ^{aa}	7,38 ± 1,78	9,00 ± 1,22 ^{aa}	8,28 ± 0,72	6,60 ± 3,05	7,40 ± 1,36	0,037
A gestão da VS viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação.	5,20 ± 1,27	7,33 ± 1,96	6,40 ± 3,20	7,73 ± 1,56	5,66 ± 2,51	7,21 ± 2,26	0,410
Total	5,43 ± 1,64 ^{ab,ac}	7,76 ± 1,47	8,36 ± 1,20 ^{ab}	8,15 ± 0,88 ^{ac}	6,50 ± 1,32	7,20 ± 1,13	0,015
Subdimensão G: Gestão do Monitoramento e Avaliação							
A gestão da VS organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da Vigilância.	5,00 ± 1,15 ^{ad,ae,af}	8,50 ± 1,37 ^{ad}	8,80 ± 1,30 ^{ae}	8,15 ± 0,93 ^{af}	6,60 ± 3,05	7,75 ± 1,70	0,010
A gestão da VS utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão	5,40 ± 2,02	6,52 ± 3,38	8,60 ± 1,14	7,65 ± 1,31	6,60 ± 1,15	7,32 ± 1,42	0,216
A gestão de VS promove a discussão de resultados e estimula o uso da informação pelas equipes de VS.	5,65 ± 1,76 ^{ag}	7,97 ± 1,40	9,00 ± 0,70 ^{ag,ah}	8,00 ± 1,05	5,66 ± 2,51 ^{ah}	7,78 ± 1,47	0,010
Total	5,35 ± 1,61 ^{ai}	7,66 ± 1,44	8,80 ± 0,93 ^{ai}	7,95 ± 1,04	6,33 ± 2,18	7,61 ± 1,50	0,017
Subdimensão H: Infraestrutura e Equipamentos							
O serviço de Vigilância, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	6,91 ± 1,01	7,54 ± 1,42	6,60 ± 1,40	6,76 ± 1,27	6,97 ± 0,30	6,00 ± 1,50	0,614
A Vigilância dispõe de salas com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual do município.	6,83 ± 0,24	7,56 ± 2,10	5,50 ± 1,80	6,40 ± 1,61	6,95 ± 0,34	6,10 ± 1,75	0,454
Os equipamentos de Vigilância possuem cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	5,83 ± 2,02	6,91 ± 1,60	5,40 ± 1,60	6,23 ± 1,62	6,00 ± 0,95	4,96 ± 1,61	0,490
Os equipamentos de Vigilância dispõem de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades.	7,25 ± 0,75	7,58 ± 1,63	6,90 ± 1,95	6,24 ± 1,83	7,98 ± 0,91	6,27 ± 1,87	0,546
Os serviços de Vigilância dispõem dos materiais e equipamentos necessários para atuar em situações de crise epidêmica nos casos de urgência e emergência.	6,16 ± 2,02	7,28 ± 1,55	5,43 ± 1,44	6,25 ± 1,20	6,60 ± 0,24	6,19 ± 1,26	0,417
Os deslocamentos dos profissionais das equipes de Vigilância para a realização de atividades externas programadas são realizados por meio de veículo oficial, quando necessário.	6,33 ± 1,04	8,40 ± 1,33	8,66 ± 0,62 ^{al}	6,56 ± 1,20 ^{al}	6,89 ± 1,06	7,67 ± 1,00	0,010
Os equipamentos de Vigilância possuem identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	6,16 ± 1,44	7,68 ± 1,40	6,33 ± 1,43	6,37 ± 1,28	7,26 ± 0,64	6,92 ± 0,58	0,349
Total	6,50 ± 1,12	7,57 ± 1,51	6,40 ± 1,30	6,40 ± 1,20	6,96 ± 0,20	6,31 ± 1,25	0,528
Subdimensão I: Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos							
O serviço de saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de Vigilância e atividades educativas.	6,16 ± 0,76	8,00 ± 1,27	6,50 ± 1,81	7,00 ± 0,93	6,83 ± 0,28	6,30 ± 1,43	0,207
O serviço de saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos Agentes de Serviços de Saúde.	6,44 ± 1,26	8,30 ± 1,16 ^{aj}	7,20 ± 1,01	7,15 ± 0,84	7,17 ± 0,44	5,85 ± 1,24 ^{aj}	0,028
O serviço de saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.	6,77 ± 1,07	8,31 ± 1,41	8,46 ± 1,98	8,00 ± 0,88	8,52 ± 1,00	7,88 ± 1,94	0,643
O serviço de saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de Vigilância.	6,61 ± 0,67	7,98 ± 1,35	8,33 ± 1,40	7,26 ± 0,87	6,74 ± 0,57	6,67 ± 2,14	0,248
O serviço de saúde dispõe de materiais de escritório em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de Vigilância.	7,22 ± 1,34	7,95 ± 1,58	7,83 ± 1,66	7,13 ± 1,40	6,70 ± 0,60	6,50 ± 0,95	0,555
O serviço de saúde dispõe de EPI de forma regular e suficiente.	6,66 ± 1,15	7,80 ± 2,05	7,00 ± 2,04	6,96 ± 1,22	7,48 ± 0,52	6,33 ± 1,92	0,704
Total	6,64 ± 0,64	8,09 ± 1,35	7,56 ± 1,54	7,26 ± 0,78	7,24 ± 0,22	6,60 ± 1,50	0,379
Subdimensão J: Sistemas de Informação de Saúde							
Os profissionais VS realizam alimentação dos Sistemas de Informação vigentes da vigilância de forma regular e consistente.	7,91 ± 1,01	8,36 ± 1,13	8,76 ± 0,57	8,12 ± 1,00	8,44 ± 1,34	8,82 ± 0,96	0,746

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de ; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)

Os profissionais VS possuem conhecimento para registrar e analisar informações referentes ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	7,94 ± 0,42	7,84 ± 0,90	8,40 ± 0,43	7,36 ± 1,50	8,27 ± 0,98	8,70 ± 0,65	0,332
Os profissionais VS possuem conhecimento para registrar e analisar informações referente ao Sistema de Informações sobre Nascidos (SINASC).	8,11 ± 0,20	7,28 ± 1,44	8,30 ± 1,14	7,57 ± 1,50	8,00 ± 1,21	8,63 ± 0,65	0,563
Os profissionais VS possuem conhecimento para registrar e analisar informações referente ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN).	8,33 ± 1,75	7,66 ± 1,12	8,36 ± 1,43	7,30 ± 1,41	7,67 ± 0,98	8,58 ± 1,00	0,562
Os profissionais VS possuem conhecimento para registrar e analisar informações referente ao Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).	7,16 ± 1,44	7,58 ± 1,05	8,00 ± 1,54	7,65 ± 1,18	7,18 ± 1,60	8,90 ± 0,61	0,431
Os profissionais VS possuem conhecimento para registrar e analisar informações referente ao Sistema de Informações de Vigilância Sanitária (SIVISA).	7,50 ± 0,86	7,93 ± 1,66	7,80 ± 1,30	7,61 ± 1,14	7,58 ± 1,23	8,56 ± 0,72	0,842
Os profissionais VS possuem conhecimento para registrar e analisar informações referente aos sistemas de Informações TabNet e TabWin.	6,11 ± 2,71	7,22 ± 1,51	6,70 ± 1,20	5,98 ± 1,87	7,36 ± 1,00	8,00 ± 0,72	0,368
Os profissionais VS consideram que as informações produzidas são utilizadas na gestão do Sistema de Saúde.	8,05 ± 0,82	7,54 ± 1,12	7,83 ± 0,64	7,53 ± 0,65	8,35 ± 0,84	8,50 ± 1,33	0,474
Os profissionais VS consideram que as informações produzidas são utilizadas na gestão da Unidade Básica de Saúde (pelo gestor da UBS).	7,88 ± 0,20	7,43 ± 1,32	8,20 ± 0,76	7,43 ± 0,93	7,70 ± 1,42	8,23 ± 1,35	0,715
Os profissionais VS consideram que os dados estão em conformidade quanto à qualidade do preenchimento dos dados.	7,61 ± 1,27	7,40 ± 1,17	8,03 ± 0,60	7,84 ± 0,87	6,70 ± 0,60	7,96 ± 1,40	0,510
Os profissionais VS consideram que os dados estão em conformidade quanto à qualidade da retroalimentação dos dados.	7,77 ± 2,03	7,21 ± 1,07	7,60 ± 0,54	7,53 ± 0,60	7,28 ± 0,62	7,96 ± 1,00	0,860
Os profissionais VS consideram que não apresentam dificuldades em relação ao não alcance das metas pactuadas pela gestão do sistema.	7,11 ± 1,64	7,20 ± 1,42	7,03 ± 1,20	6,42 ± 1,45	6,88 ± 1,02	6,90 ± 0,87	0,916
Os profissionais VS consideram que não apresentam dificuldades em relação à definição dos indicadores (variáveis) pactuados pela gestão do sistema.	7,38 ± 1,40	7,36 ± 1,18	7,26 ± 1,09	6,06 ± 1,50	6,97 ± 0,90	6,64 ± 1,20	0,415
Os profissionais VS consideram que não apresentam dificuldades em relação ao manuseio do banco de dados.	7,50 ± 0,86	7,36 ± 0,74	7,46 ± 0,44	6,93 ± 0,97	7,39 ± 1,41	7,17 ± 0,70	0,869
Os profissionais VS participam do processo de produção e publicação da informação em Saúde.	7,11 ± 1,83	6,96 ± 1,66	6,86 ± 1,34	6,83 ± 0,80	6,84 ± 1,70	6,82 ± 2,11	1,00
Os profissionais VS adotam estratégias que fortalecem a alimentação e uso dos sistemas de informações.	7,05 ± 1,35	7,55 ± 1,07	7,53 ± 1,28	7,00 ± 0,70	7,86 ± 0,98	7,38 ± 1,00	0,800
Total	7,53 ± 1,11	7,50 ± 0,98	7,76 ± 0,70	7,20 ± 0,90	7,53 ± 0,97	7,90 ± 0,92	0,795
Subdimensão K: Perfil da Equipe							
Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Vigilância.	6,37 ± 1,20	7,35 ± 1,51	7,58 ± 0,51	6,86 ± 0,45	6,61 ± 1,81	6,30 ± 1,31	0,521
A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da VS.	5,54 ± 0,50	6,20 ± 1,50	6,80 ± 0,92	6,13 ± 0,71	6,91 ± 1,07	5,80 ± 0,91	0,472
As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial à distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	5,50 ± 1,09	6,20 ± 2,53	6,32 ± 1,13	5,50 ± 0,80	6,13 ± 1,97	5,60 ± 1,30	0,922
Total	5,80 ± 0,72	6,58 ± 1,57	6,90 ± 0,75	6,16 ± 0,58	6,55 ± 1,60	5,90 ± 1,10	0,700
Subdimensão L: Organização do Processo de Trabalho da VS							
O processo de trabalho da equipe de VS está organizado segundo definição de prioridades e avaliação/classificação de risco e/ou análise de vulnerabilidade da população.	6,00 ± 1,00	7,38 ± 1,25	6,90 ± 0,45	6,88 ± 0,76	6,42 ± 2,02	6,36 ± 1,36	0,549
O processo de trabalho desenvolvido pela equipe VS atende aos requisitos gerais de cada escopo, segundo a norma do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).	6,16 ± 1,12	7,07 ± 1,66	7,10 ± 0,70	7,20 ± 0,55	6,61 ± 2,14	6,61 ± 0,86	0,802
Os profissionais da Vigilância utilizam o SGQ.	5,04 ± 4,46	6,74 ± 1,37	6,62 ± 1,34	6,54 ± 1,50	6,21 ± 3,14	6,35 ± 0,54	0,893

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de ; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)

A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.	6,37 ± 1,23	7,64 ± 1,09	7,37 ± 0,72	6,83 ± 1,14	6,53 ± 2,31	6,50 ± 1,10	0,576
A equipe organiza as agendas dos diversos profissionais de forma compartilhada, buscando assegurar a ampliação do atendimento em tempo oportuno ao município.	6,52 ± 1,32	8,24 ± 1,28	7,70 ± 0,77	7,14 ± 0,80	6,33 ± 2,75	6,54 ± 1,14	0,221
A equipe utiliza estratégias e ferramentas para auxiliar na gestão do risco de casos complexos que demandam articulação intersetorial.	6,37 ± 1,20	7,90 ± 1,40	7,67 ± 1,00	6,95 ± 0,90	6,30 ± 2,38	6,38 ± 1,05	0,290
A equipe VS acompanha a denúncia do risco ao município referenciado no seu território.	6,75 ± 1,52	7,37 ± 1,16	7,36 ± 0,78	7,25 ± 0,91	6,57 ± 2,10	6,72 ± 0,60	0,842
A equipe VS utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem epidemiológica e análise de situação.	6,37 ± 1,20	7,58 ± 0,82	7,64 ± 0,68	7,22 ± 0,84	6,84 ± 2,05	6,80 ± 0,70	0,482
A equipe VS realiza trabalho multiprofissional e interdisciplinar.	5,87 ± 0,94	7,52 ± 1,01	7,66 ± 0,57	6,82 ± 0,82	6,72 ± 2,14	6,64 ± 1,41	0,309
A equipe VS atua sobre os condicionantes e determinantes da saúde no território.	6,33 ± 1,18	7,66 ± 1,28	7,33 ± 0,31	6,88 ± 1,28	6,30 ± 2,70	6,90 ± 0,96	0,655
A equipe VS oferece atendimento no mínimo em 40 horas.	5,41 ± 4,73	8,52 ± 1,30	8,03 ± 0,84	7,38 ± 0,71	7,26 ± 1,78	6,93 ± 1,21	0,270
A equipe VS fomenta a participação da sociedade nas discussões de promoção à Saúde.	6,45 ± 1,26	8,06 ± 1,47	7,13 ± 0,44	6,06 ± 1,09	5,86 ± 2,87	6,54 ± 1,14	0,158
A equipe VS respeita o direito à informação.	7,00 ± 1,75	8,25 ± 1,13	8,44 ± 0,55	7,35 ± 1,48	7,32 ± 1,60	7,54 ± 0,76	0,522
A equipe realiza reuniões periódicas.	8,33 ± 1,46	8,22 ± 1,45	7,33 ± 0,37	6,64 ± 1,04	6,41 ± 2,27	6,46 ± 1,12	0,123
A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	7,20 ± 0,20	7,50 ± 1,23	7,72 ± 1,01	6,90 ± 1,24	6,75 ± 2,20	6,80 ± 1,18	0,819
Total	6,41 ± 1,40	7,71 ± 1,00	7,47 ± 0,55	6,94 ± 0,90	6,56 ± 2,30	6,67 ± 0,97	0,496

Subdimensão M: Atenção Integral à Saúde

Os profissionais da vigilância produzem informação, educação e comunicação em VS.	6,82 ± 1,68	7,80 ± 0,91	7,20 ± 0,86	6,81 ± 0,90	6,51 ± 2,54	6,86 ± 0,97	0,649
Os profissionais da vigilância apoiam e/ou desenvolvem ações de alerta e resposta a surtos e eventos de importância em saúde.	6,83 ± 1,60	7,84 ± 0,84	7,80 ± 0,31	7,43 ± 0,78	6,63 ± 2,38	6,71 ± 0,68	0,410
Os profissionais da vigilância fornecem autorização de funcionamento de Empresas sujeitas à vigilância Sanitária.	6,54 ± 1,33	8,27 ± 1,30	7,89 ± 0,34	7,18 ± 1,13	7,10 ± 1,33	6,15 ± 0,91	0,082
Os profissionais da vigilância realizam acolhimento e atendimento a notificações, denúncias e reclamações.	5,75 ± 2,38	7,90 ± 1,50	7,81 ± 0,35	7,68 ± 0,83	6,81 ± 2,23	7,10 ± 0,58	0,265
Os profissionais da vigilância elaboram regulamentação de ações de saúde pública sobre vigilância.	6,50 ± 1,30	8,15 ± 1,36	7,75 ± 0,44	7,06 ± 0,75	6,63 ± 2,07	6,75 ± 0,77	0,207
Os profissionais da vigilância realizam Fiscalização Sanitária de produtos e serviços.	8,94 ± 0,91	7,90 ± 1,20	8,16 ± 0,80	7,30 ± 1,20	7,41 ± 1,17	7,10 ± 0,43	0,200
Os profissionais da vigilância emitem certidões e certificados.	8,25 ± 1,52	8,08 ± 1,56	7,81 ± 0,83	6,56 ± 1,65	7,90 ± 0,70	6,76 ± 0,65	0,240
Os profissionais da vigilância realizam inspeção sanitária dos estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária.	8,66 ± 1,25	8,30 ± 1,51	7,84 ± 0,40	7,50 ± 0,84	7,60 ± 1,01	7,16 ± 0,55	0,351
Os profissionais da vigilância emitem licença sanitária para estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária.	8,25 ± 1,56	8,43 ± 1,30	8,37 ± 0,51	7,38 ± 1,24	7,85 ± 1,00	7,11 ± 0,65	0,358
Os profissionais da vigilância apoiam e realizam ações relacionadas à notificação de eventos de interesse de saúde pública.	7,58 ± 0,52	8,10 ± 1,16	8,10 ± 0,45	7,37 ± 0,97	6,96 ± 1,60	7,04 ± 0,78	0,394
Os profissionais da vigilância realizam Investigação de eventos de interesse de saúde pública.	6,91 ± 1,70	7,95 ± 0,91	7,61 ± 0,32	7,37 ± 0,95	7,18 ± 1,52	7,41 ± 0,56	0,743
Os profissionais da vigilância realizam Busca Ativa.	6,73 ± 1,51	8,45 ± 1,13	7,64 ± 0,25	7,47 ± 1,15	6,88 ± 2,54	7,24 ± 0,78	0,398
Os profissionais da vigilância fazem Interrupção da cadeia de transmissão.	6,54 ± 1,37	8,03 ± 0,75	7,51 ± 0,34	7,09 ± 1,02	7,06 ± 1,87	6,64 ± 0,97	0,293
Os profissionais da vigilância fazem controle de vetores, reservatórios e hospedeiros.	7,01 ± 1,76	8,16 ± 0,86	8,18 ± 0,36	7,51 ± 0,92	7,95 ± 0,75	7,17 ± 1,04	0,379
Os profissionais da vigilância fazem diagnóstico laboratorial de eventos de interesse de saúde.	5,70 ± 2,36	7,93 ± 0,78	7,88 ± 0,51	6,93 ± 0,70	6,43 ± 2,61	6,78 ± 1,03	0,156
Os profissionais da vigilância apoiam e realizam o programa de vacinação.	6,45 ± 3,00	8,63 ± 1,06	8,23 ± 0,37	7,68 ± 1,32	7,42 ± 1,80	8,20 ± 0,62	0,369
Os profissionais da vigilância realizam inquéritos epidemiológicos.	6,62 ± 1,42	8,50 ± 1,07	7,70 ± 0,70	7,04 ± 0,82	6,78 ± 2,00	7,22 ± 0,60	0,111
Os profissionais da vigilância apoiam e desenvolvem ações de Prevenção de doenças e agravos.	7,00 ± 1,75	8,60 ± 1,00	8,12 ± 0,21	7,74 ± 0,67	7,21 ± 1,55	7,43 ± 0,87	0,207
Os profissionais da vigilância apoiam e desenvolvem ações de Promoção à Saúde.	7,20 ± 1,93	8,60 ± 0,95	8,00 ± 0,30	7,76 ± 0,76	7,20 ± 1,56	7,32 ± 0,50	0,262

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de ; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)

Os profissionais de vigilância apoiam e/ou desenvolvem ações de vigilância dirigidas a grupo de risco e/ou vulneráveis.	7,04 ± 1,80	8,17 ± 0,68	7,94 ± 0,33	7,44 ± 1,01	6,46 ± 2,62	6,96 ± 0,47	0,335
As equipes de vigilância realizam planejamento e acompanhamento das ações de VS junto ao território.	7,08 ± 1,84	8,00 ± 0,90	7,47 ± 0,56	7,35 ± 0,64	6,40 ± 2,98	6,95 ± 0,63	0,563
Total	7,07 ± 1,14	8,18 ± 0,90	7,86 ± 0,15	7,32 ± 0,81	7,06 ± 1,70	7,05 ± 0,60	0,291
Subdimensão N: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário							
A equipe VS participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	6,16 ± 1,04	7,11 ± 1,12	7,60 ± 0,63	6,61 ± 1,20	6,35 ± 2,71	6,71 ± 0,58	0,662
A equipe VS reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento das ações e serviços prestados e os resultados alcançados.	6,62 ± 1,40	7,30 ± 1,23	7,33 ± 0,78	6,60 ± 1,00	6,01 ± 2,66	5,96 ± 0,84	0,505
A equipe VS disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.	6,08 ± 1,01	6,91 ± 1,51	6,73 ± 1,52	6,60 ± 0,83	5,86 ± 2,56	6,04 ± 0,98	0,832
A equipe VS disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos munícipes.	6,58 ± 1,42	8,15 ± 0,85	7,74 ± 0,86	7,34 ± 0,84	7,20 ± 1,60	6,91 ± 1,06	0,295
Total	6,36 ± 1,18	7,36 ± 0,98	7,35 ± 0,81	6,80 ± 0,90	6,35 ± 2,36	6,40 ± 0,80	0,589

Nota: ¹QSVS-Escala Valorativa da Qualidade do Serviço de VS; Variável categórica (Frequência relativa e Frequência Absoluta) *SMS – Secretário Municipal de Saúde; GEVS – Gestor de Vigilância em Saúde; EQVS – Equipe de Vigilância em Saúde; EQS – Equipe de Saúde. VS – Vigilância em Saúde. *teste ANOVA.

Considerações Finais

Na perspectiva dessa pesquisa, as políticas de embasamento do SUS revelaram vários pontos de fragilidade apontados na VS na Região TOPAMA.

Os presentes resultados apontam para a necessidade de um olhar crítico para os itens Apoio Institucional, Educação Permanente, e Monitoramento e Avaliação pelos gestores dos municípios de população menor que cinco mil habitantes, uma vez que o contexto situacional desses municípios de pequeno porte se mostra desfavorável e debilitado para o suprimento e resolução dos problemas de saúde da região.

Estratégias de educação permanente em saúde seriam fundamentais para fortalecer as capacidades individuais e coletivas dos profissionais, incentivando a resolução de problemas, o trabalho em equipe e a adaptação às constantes transformações no contexto da saúde com foco nas demandas e necessidades da população atendida pelo serviço de saúde.

Torna-se relevante o fortalecimento das ações de monitoramento e a avaliação da situação de saúde com a finalidade de auxiliar na organização dos serviços de saúde de acordo com a demanda do município, e para que seja verificado os resultados dos serviços e programas de saúde ofertados e se necessário sejam realizados ajustes e mudanças nas estratégias implementadas. Assim, a avaliação e o monitoramento configuram-se como atividades relevantes para a elaboração e acompanhamento do Plano Municipal de Saúde e aprimoramento da atenção à saúde ofertada.

Em municípios com populações maiores, observou-se menor organização de materiais e insumos para os serviços de VS, o que também pode limitar a qualidade dos serviços locais. Nesse sentido, reforça-se a relevância de realizar planejamento do serviço de saúde para que seja previsto a quantidade de insumos e materiais para cada local, o orçamento para aquisição e desenvolvimento de metodologia de controle de dispensação.

Apesar dos apontamentos importantes mencionados, destacam-se lacunas que não revelam as causalidades dos autorrelatos como, por exemplo, a subestimação ou superestimação da percepção pessoal em relação às práticas e processos, realizados pelos próprios respondentes. Todavia, a percepção dos servidores da gestão de vigilância em saúde apontou para uma realidade também observada em outras regiões pela literatura e desperta o interesse por futuras investigações e diagnósticos, que traduzam resultados resolutivos para o fortalecimento da saúde pública na região TOPAMA.

O estudo da regionalização da VS na Região TOPAMA é um marco inicial para o futuro aprofundamento dos motivos que levam gestores e servidores da VS às avaliações que realizaram das subdimensões analisadas. Futuras abordagens investigativas e analíticas, nas direções resolutivas dos problemas aqui apontados, farão com que a Região TOPAMA eleve a qualidade dos serviços e ações de saúde que oferece.

Referências bibliográficas

ABREU, D. M. X. DE et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 67–80, 2018.

ALBUQUERQUE, M. I. N. DE; CARVALHO, E. M. F. DE; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização Epidemiological surveillance: concepts and institutionalization. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 2, n. 1, p. 7–14, 2002.

ALELUIA, Í. R. S. et al. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1883–1894, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 48. ed. Brasília. 1988.

BRASIL. Política de Educação e desenvolvimento para o SUS - Caminhos para a Educação

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de ; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023)
Permanente em Saúde. **Ministério da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1–21, 2003.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007**. Brasília, 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério Da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério Da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério Da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria PQA-VS nº 1.708 de 16 de agosto de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria nº 1378, de 09 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, v. Seção 1, n. 1, p. 48 a 50, 2013b.

BRASIL. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. **Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. 12 De Julho De 2018**, p. 15, 2018.

BRASIL. **Mapeamento e Diagnóstico da Gestão de Equipamentos Médico-Assistenciais nas Regiões de Atenção à Saúde do Projeto QualiSUS-Rede**. 1º ed. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2016.

CASANOVA, A. O. et al. Health care networks implementation and regional governance challenges in the Legal Amazon Region: An analysis of the QualiSUS-rede project. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209–1224, 2017.

ALBUQUERQUE, A. C. et al. Evaluation of the performance of regionalization of health surveillance in six Brazilian Health Regions. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, p. 1–16, 2019.

LIMA, C. et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1900, 2019.

DONATELI, C. P. et al. Avaliação da vigilância em saúde na zona da mata mineira, Brasil: Das normas à prática. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3439–3455, 2017.

GUIMARÃES, R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da política nacional de vigilância em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407–1416, 2017.

IPEA. Funcionalismo público no Brasil: Análise dos dados nas últimas três décadas. **IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, v. 2, p. 4–7, 2021.

MACHADO, S. S.; MATTOS, R. J. B. Apoio institucional na atenção básica: a experiência no município de Salvador - BA. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 139–149, 2015.

MELO, L. M. F. et al. Características do apoio institucional ofertado às equipes de atenção básica no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 15, p. 685–708, 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, p. 2297–2306, 2010.

NETA, I. S. S.; MEDEIROS, M. S. DE; GONÇALVES, M. J. F. Vigilância da saúde orientada às condições de vida da população: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 307–317, 2018.

OLIVEIRA, M. P. R. DE et al. Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária Training and Qualification of Health Primary Care. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547–559, 2016.

PANTOJA, G. F. Y. E. M. C. Política de Vigilância em Saúde : avaliação do processo de gestão e

SANCHES, Wendy Moura; MOREIRA, Renata A. de Medeiros; MARTINS, Paulo F. de Melo; ARAÚJO, Tainara P. de ; SANTANA, Euzamar de A. Silva; PEREIRA, Renata Junqueira (2023) execução das atividades de implementação em território da Amazônia Paraense. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. 1–21, 2022.

PINHEIRO, F. T. S. et al. Reflexões Sobre O Sistema Único De Saúde : Da Gênese À Reflections on the Brazilian National Health System : From Its Genesis To the Contemporary Crisis. **SANARE**, v. 17, n. 2, p. 82–90, 2018.

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

SANTOS, D. N. DOS. Avaliação e contratualização na Vigilância em Saúde: caminhos possíveis. **Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas**, 2016.

SANTOS, L. Healthcare regions and their care networks: An organizational-systemic model for SUS. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, 2017.

SILVA, C. M. S. C. et al. Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma scoping review. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. 604–615, 2021.

SILVA, F. H. DA; BARROS, M. E. B. DE; MARTINS, C. P. Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS. **Interface: COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, v. 19, n. 55, p. 1157–68, 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. Desafio Da Atenção Primária À Saúde Em Municípios De Pequeno Porte Com Baixo Desenvolvimento Socioeconômico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 457–479, 2017.

TEIXEIRA, M. G. et al. Health surveillance at the SUS: Development, effects and perspectives. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018.

Recebido para publicação em maio de 2023.

Aprovado para publicação em março de 2024.