

ARTIGO ORIGINAL

**AValiação DO MONITORAMENTO DAS Ações DESCENTRALIZADAS DE VIGILância
EPIDEMIOLógica NO ESTADO DA BAHIA EM 2006^a**

Ana de Fátima Cardoso Nunes^b

Isleide Carmen Silva Costa^c

Alcina Marta Andrade^b

Resumo

O objetivo do estudo foi descrever o desempenho operacional dos sistemas municipais de Vigilância Epidemiológica (VE) em 2006, mediante roteiro de monitoramento da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Foi realizada uma análise comparativa com os instrumentos normativos de referência para cada indicador, além de explorar relações entre eles e a disponibilidade de equipes de VE municipais. Como resultado foi observado entre os municípios (343) que realizaram o monitoramento, que apenas 33,3% (105) apresentaram equipe completa, 0,9% (3) municípios foram classificados como ÓTIMO, 17,5% (60) como BOM, 30,6% (105) como REGULAR e 51,0% (175) como INSUFICIENTE. Com os resultados obtidos com base nos critérios definidos neste estudo para classificar os municípios em relação ao desempenho, observou-se que o porte populacional e a composição da equipe mínima (completa ou incompleta) influenciou no alcance das metas das ações de VE pactuadas.

Palavras-chave: Vigilância epidemiológica. Monitoramento. Indicadores.

EVALUATION OF THE MONITORING OF DECENTRALISED EPIDEMIOLOGICAL
SURVEILLANCE ACTIONS IN THE STATE OF THE BAHIA IN 2006

Abstract

Our goal is to describe the operational performance of the Epidemiological Surveillance Municipal Systems in the state of Bahia, in 2006 through the guide plan of the Health Ministry. A comparative analysis was performed within standards of reference for each indicator, investigating the relations between them and the availability of municipal SE teams. As a result, we have noticed that from the 343 municipalities monitored only 33.3% (105) had their team in full. Considering their performances, 0.9% municipalities (3)

^a Monografia apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para o curso de Especialização em Análise de Dados Secundários em Epidemiologia promovido pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

^b Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

^c Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Endereço para correspondência: Rua Guararapes, nº. 24, Itapuã, Salvador, Bahia. CEP: 41610-540.
ana.nunes@saude.ba.gov.br

were classified as EXCELENT, 17.5% (60) as GOOD, 30.6% (105) as REGULAR and 51.0% (175) as INAPPROPRIATE. The final results of the municipal performances classifications, based on the criteria previously set for this research, have identified the population size and the team completion (full or missing members) affecting the goals achievement.

Key words: Epidemiological. Surveillance. Monitoring. Indicators.

EVALUACIÓN DEL MONITOREO DE LAS ACCIONES DESCENTRALIZADAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL ESTADO DE BAHIA EN 2006

Resumen

El objetivo del estudio fue describir el desempeño operacional de los sistemas municipales de Vigilancia Epidemiológica (VE), en 2006 a través de la ruta de monitoreo de la Secretaria de Vigilancia en Salud (SVS). Fue realizado un análisis comparativo con los instrumentos normativos de referencia para cada indicador, además de explorar relaciones entre los mismos y la disponibilidad de equipos de VE municipales. Como resultado fue observado entre los municipios (343) que realizaron el monitoreo, que solo el 33,3% (105) presentaron equipo completo, 0,9% (3) municipios fueron clasificados como EXCELENTE, 17,5% (60) como BUENO, 30,6% (105) REGULAR y 51,0% (175) como INSUFICIENTE. Con los resultados obtenidos con base en los criterios definidos en este estudio para clasificar los municipios en relación al desempeño, se observó que el tamaño de la población y la composición del equipo mínimo (completo o incompleto) influyeron en el alcance de los objetivos de las acciones de VE pactadas.

Palabras-clave: Vigilância epidemiológica. Monitoreo. Indicadores.

INTRODUÇÃO

O termo *monitorização* ou *monitoramento* tem o significado de acompanhar e avaliar, ou ainda controlar mediante acompanhamento; já a definição utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se ao contínuo acompanhamento das atividades, objetivando garantir a execução de acordo com o planejado. Trata-se de um instrumento ainda em fase de desenvolvimento, mas de grande importância para a saúde pública.¹

No processo de descentralização das ações, os estados e a União assumem como uma das suas competências o acompanhamento e a avaliação dos sistemas municipais de Vigilância Epidemiológica (VE), sendo o monitoramento um instrumento importante para o alcance adequado de metas da VE, garantindo o controle efetivo das doenças/agravos de relevância. O monitoramento, então, faz parte do processo de avaliação e o Ministério da Saúde (MS) tem adotado a avaliação como necessária para implementar novas ações e demonstrar os avanços alcançados com a política de saúde implantada.^{2,3}

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ao longo dos anos, tem experimentado diferentes métodos e técnicas para acompanhamento e avaliação. Mais recentemente, implantou uma rotina de monitoramento dos Sistemas de Vigilância à Saúde dos estados e municípios com população acima de 100 mil habitantes. Seguindo esta iniciativa, o estado da Bahia passou a monitorar todos os municípios não contemplados pela SVS.⁴

O objetivo deste estudo é descrever o desempenho operacional dos Sistemas Municipais de Vigilância Epidemiológica na Bahia, em 2006, e desse modo realizar um diagnóstico das práticas de VE nos municípios.

METODOLOGIA

Com base no roteiro de monitoramento das ações de vigilância em saúde proposto pela SVS e respondidos por 343 municípios, foi desenvolvido um estudo de avaliação. Foram analisadas as informações referentes à composição da equipe de acompanhamento das ações de VE; os três primeiros problemas por ordem de relevância epidemiológica referidos no roteiro; as Diretorias Regionais que realizaram ou não o monitoramento junto aos seus municípios de abrangência; e o desempenho dos municípios em relação às metas estabelecidas na Programação Pactuada Integrada, sendo selecionados os seguintes indicadores:

- a) realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC);
- b) identificação e eliminação de focos e criadouros de *Aedes aegypti* em imóveis;
- c) curar casos novos de tuberculose bacilíferos;
- d) cobertura vacinal adequada para Hepatite B (<1 ano);
- e) melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito.

Para caracterização/estratificação dos municípios foram utilizadas as definições da Resolução Nº 27/01 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA), considerando-se o porte populacional e a composição da equipe de vigilância epidemiológica dos municípios (**Quadro 1**).

Estrato populacional	Equipe mínima da vigilância epidemiológica	
	Nível universitário	Nível médio
<20.000	1 NS – 20 horas	2 NM 40 horas /cada
20.000 a 50.000	1 NS – 30 horas	2 NM 40 horas/cada
50.000 a 100.000	2 NS –30 horas/cada	3 NM 40 horas/ cada
100.000 a 500.000	4 NS – 30 horas/cada	8 NM 40 horas/cada
500.000 a 1.000.000	10 NS – 40 horas/cada	20 NM 40 horas/cada
>1.000.000	Equipe de Nível Central – 10 NS – 40 horas/ cada	20 NM 40 horas/ cada
	Equipe distrital – 2 NS – 40 horas/cada	01 NM por unidade de saúde

Fonte: Resolução Nº 027/01 da CIB/BA

Quadro 1. Equipe mínima da vigilância epidemiológica por estrato populacional dos municípios estudados – Bahia – 2006

Para as informações referentes à equipe mínima, foram criadas, para este trabalho, as seguintes categorias:

- a) equipe completa: em concordância com a Resolução Nº27/01 da CIB/BA;⁵
- b) equipe incompleta: em discordância com a Resolução Nº27/01 da CIB/BA.⁵

Para a análise dos indicadores quanto ao alcance das metas pactuadas, foram propostos os seguintes critérios de classificação:

- a) ótimo, se todos os cinco indicadores selecionados foram alcançados;
- b) bom, se pelo menos quatro indicadores selecionados foram alcançados;
- c) regular, se pelo menos três indicadores selecionados foram alcançados;
- d) insuficiente, se menos de três indicadores selecionados foram alcançados.

Os dados relativos às variáveis e indicadores selecionados constituíram um banco de dados, pelo aplicativo EPI INFO versão Windows, que, juntamente com o Microsoft Excel, foram os programas utilizados nas análises epidemiológicas, na construção dos gráficos e tabelas. Além de explorar relações entre os indicadores e a disponibilidade de equipes de VE municipais.

RESULTADOS

No ano de 2006, dos 413 municípios certificados nas ações de VE no estado, 343 (83,05%) enviaram o roteiro de monitoramento até setembro de 2007. Observou-se que a distribuição dos municípios estudados é praticamente a mesma observada na distribuição por estrato populacional para todo o estado.

Do total de municípios que responderam ao monitoramento, 28 não informaram a composição da equipe de VE. Dos 315 municípios que informaram, apenas 33,3% (105) apresentaram a equipe completa em concordância com a Resolução 027/01 da CIB/Ba (**Tabela 1**).

Em todos os estratos populacionais, o percentual de municípios com equipe completa é sempre menor. No estrato 4, existe a maior proporção de municípios com equipe completa (40,0%); os outros estratos apresentam proporções abaixo deste valor (**Tabela 1**).

Tabela 1. Número e proporção de equipes completas e incompletas, por estratos populacionais, dos municípios estudados – Bahia – 2006

Estrato	Equipe completa		Equipe incompleta	
	Nº	%	Nº	%
1	71	36,2	125	63,8
2	25	28,4	63	71,6
3	5	26,3	14	73,7
4	4	40,0	6	60,0
5	0	0,0	1	100,0
6	0	0,0	1	100,0
Total	105	33,3	210	66,7

Fonte: DIVEP/SESAB

Observou-se que 12% (41) dos municípios estudados não preencheram o bloco relativo a informações gerais do roteiro de monitoramento, ocorrendo perda de informações quanto ao perfil da gestão e a organização do sistema municipal de VE.

Como primeiro problema mais citado aparece a esquistossomose, referida por 15,2% dos municípios estudados; a hipertensão arterial e a tuberculose, por 9,6%; e a dengue, por 7,3%. O segundo problema foi a tuberculose, em 9,3% e a esquistossomose, em 9,0%. Em terceiro, as DST e a hipertensão arterial aparecem em 8,2% dos que opinaram. É importante destacar que a proporção de não informação para o segundo e o terceiro problema de relevância epidemiológica foram respectivamente 18,1% e 28,9%.

Considerando-se os estratos populacionais e os problemas de maior relevância epidemiológica referidos pelas equipes municipais de VE, observou-se que os municípios de menor porte populacional referem-se às doenças infecto-contagiosas, enquanto os de maior porte (maior que 100 mil habitantes) relacionam-se às doenças crônico-degenerativas e às causas externas.

Para o estrato 1, o problema que primeiro é apontado como de relevância epidemiológica é a esquistossomose (12,0% dos municípios deste estrato). Já para o estrato 2, esse problema é apontado por 23,2% dos municípios; e no estrato 3, a dengue e a tuberculose aparecem em maior relevância (20,0%). A dengue e a esquistossomose (20,0%) aparecem como mais referidos no estrato 4; para os estratos 5 e 6, os mais referidos são as causas externas e as doenças do aparelho circulatório, respectivamente.

Acerca do cumprimento das metas dos indicadores, 57,1% dos municípios estudados cumpriram a meta de *Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória*; 51,3% de *Identificação e eliminação de focos e criadouros de aedes aegypti em imóveis*; 54,5% cumpriram a meta de *Curar casos novos de tuberculose bacilíferos*; 63,3% dos municípios cumpriram a meta de *Cobertura vacinal adequada para hepatite B em <1 ano*; e apenas 15,7% cumpriram a meta de *Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito* (**Tabela 2**).

Analisando-se o alcance de metas de acordo com os estratos populacionais estudados, 55,0% dos municípios dos estratos 1, 2 e 3 alcançaram a meta do indicador *Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória* (DNC); 60% dos municípios do estrato 4 atingiram a meta; e 100% dos municípios do estrato 5 e 6 também a cumpriram (**Tabela 2**).

Com relação ao indicador *Identificação e eliminação de focos e criadouros de aedes aegypti em imóveis*, 56,3% dos municípios do estrato 1 atingiram a meta; no estrato 2, esse percentual caiu para 46,3%. No estrato 3, 35% dos municípios cumpriram a meta; e no estrato 4, 30% alcançaram os resultados pactuados. Os municípios dos estratos 5 e 6 não alcançaram a meta deste indicador (**Tabela 2**).

No indicador *Curar casos novos de tuberculose bacilíferos* a meta foi alcançada por 58,3% dos municípios do estrato 1; 48,4% do estrato 2; 40,8% do estrato 3; 60% dos municípios do estrato 4. No estrato 5, 100% cumpriram e o município do estrato 6 não atingiu a meta (**Tabela 2**).

Para *Cobertura vacinal adequada para hepatite B (<1ano)*, nos estratos 1 e 2, mais de 60% dos municípios alcançaram o pactuado. Já no estrato 3, 55% alcançaram a meta; e no

estrato 4, o percentual de alcance foi de 40%. Nos estratos 5 e 6, nenhum município alcançou a meta (**Tabela 2**).

Observou-se, no indicador *Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito*, que 14,4% dos municípios do estrato 1 e 15,8% do estrato 2 alcançaram a meta. Já nos estratos 3 e 4, 25% e 20%, respectivamente, dos municípios alcançaram a meta. O município do estrato 5 não alcançou a meta, ocorrendo o inverso no estrato 6 (**Tabela 2**).

Tabela 2. Proporção de municípios que cumpriram a meta para os indicadores estudados, segundo estrato populacional – Bahia – 2006

Indicador	Estrato (% Municípios)						Total
	1	2	3	4	5	6	
1. Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC)	57,9	54,7	55,0	60,0	100,0	100,0	51,7
2. Identificação e eliminação de focos e criadouros de <i>Aedes aegypti</i> em imóveis	56,3	46,3	35,0	30,0	0,0	0,0	51,3
3. Curar casos novos de tuberculose bacilíferos	58,3	48,4	40,8	60,0	100,0	0,0	54,5
4. Cobertura vacinal adequada para Hepatite B (<1ano)	63,9	67,4	55,0	40,0	0,0	0,0	63,3
5. Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito	14,4	15,8	25,0	20,0	0,0	100,0	15,7

Fonte: DIVEP/SESAB

Considerando os critérios de classificação propostos por este estudo, observou-se que apenas 3 (0,9%) municípios cumpriram todos os cinco indicadores pactuados e foram classificados como ÓTIMO. Foram classificados como INSUFICIENTE, ou seja, não alcançaram a meta de mais do que dois indicadores, 175 (51,0%) municípios, 105 (30,6%) foram classificados como REGULARES e 60 (17,5%) como BOM.

Comparando-se a classificação dos municípios de acordo com os critérios de desempenhos adotados neste estudo e a composição das equipes de VE de cada município, verificou-se que, dos 105 municípios com *equipe completa*, 41,9% apresentaram desempenho INSUFICIENTE; 57,1% REGULAR ou BOM e 0,9% teve desempenho classificado como ÓTIMO. Já entre os municípios que tinham *equipe incompleta*, 55,7% apresentaram desempenho INSUFICIENTE; 43,3% REGULAR ou BOM; e 1% desempenho ÓTIMO (**Tabela 3**).

Tabela 3. Proporção de Equipes completas e incompletas de acordo com os critérios de classificação de desempenho das ações de VE – Bahia – 2006

Classificação	Equipe completa	%	Equipe Incompleta	%	Total	%
Ótimo	1	0,9	2	1,0	3	0,9
Bom	22	20,9	29	13,8	51	16,2
Regular	38	36,2	62	29,5	100	31,8
Insuficiente	44	41,9	117	55,7	161	51,1
Total	105	100,0	210	100,0	315	100,0

Fonte: DIVEP/SESAB

Ao analisar-se o cumprimento das metas por estrato populacional, chama a atenção os estratos 5 e 6, que só possuem um município cada, e os dois foram classificados como INSUFICIENTES, tendo alcançado apenas duas metas dos cinco indicadores estudados. Nenhum destes municípios possui equipe de Vigilância Epidemiológica completa. Em todos os estratos populacionais, a maior proporção dos municípios encontra-se classificada como INSUFICIENTE e REGULAR (**Tabela 4**).

Tabela 4. Número e proporção de municípios por estrato populacional, segundo critérios de classificação de desempenho das ações de VE – Bahia – 2006

Classificação	Estratos Populacionais											
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Ótimo	1	0,5	1	1,1	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bom	49	22,7	11	11,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Regular	60	27,8	33	34,7	7	35,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0
Insuficiente	106	49,1	50	52,6	12	60,0	5	50,0	1	100,0	1	100,0
Total	216	100,0	95	100,0	20	100,0	10	100,0	1	100,0	1	100,0

Fonte: DIVEP/SESAB

DISCUSSÃO

Das dificuldades observadas para realização do monitoramento das ações descentralizadas de Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia, aponta-se a necessidade de se rever a nomenclatura dos indicadores pactuados e monitorados que estão descritos no roteiro como atividades e não como a expressão de uma variável mensurável, uma vez que

um bom indicador deve ter atributos básicos, tais como: simplicidade técnica, uniformidade, sinteticidade e poder discriminatório.³

Além disso, o instrumento de monitoramento, a cada ano, vem sofrendo pequenas modificações, o que é um ponto positivo do processo, visto que existem informações desnecessárias, incompletas ou até mesmo complexas demais, produzindo interpretações dúbias e induzindo à incompletude dos dados. Percebeu-se que há dificuldades na compreensão e no cálculo de alguns indicadores contemplados no roteiro, assim como na busca do dado para tal cálculo, exigindo habilidade com alguns sistemas de informação e, conseqüentemente, domínio de conceitos básicos de informática. Estes fatos, na prática, impediram algumas equipes técnicas de avaliarem o seu desempenho. O cálculo do indicador *Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória* é um dos que se revelou de realização mais complexa, pois, além de ser necessário utilizar a base de dados do SINAN, utiliza-se uma programação no EPI INFO para seu cálculo.

Essa realidade demonstra que, no estado da Bahia, apesar dos avanços alcançados e do arcabouço legal que subsidiou a descentralização das ações de VE, ainda existe um descompasso entre a normatização, a efetiva utilização do conhecimento produzido mediante as ações/indicadores de VE e a definição de ações prioritárias que devem ser alvo das políticas de saúde. Isso foi também observado em estudo realizado em Pernambuco,⁶ o que indica que a Bahia não é um caso isolado.

Parte importante do monitoramento é o acompanhamento dos dados epidemiológicos dos problemas de saúde, considerados de relevância epidemiológica na percepção dos profissionais da VE. Os problemas mais frequentemente citados pelos municípios (esquistossomose, tuberculose, hipertensão arterial e leishmaniose) confirmam o perfil epidemiológico do estado e apontam para a necessidade de intensificar as ações de controle destes agravos. Como foi dito nos resultados, o fato de as doenças infecciosas e parasitárias serem mais referidas nos municípios de pequeno porte e as doenças e agravos não transmissíveis nos municípios de maior porte está de acordo com as mudanças ocasionadas pelo processo de urbanização e pelo estilo de vida das populações que residem em grandes cidades.³

Um aspecto relevante é a informação sobre a composição da equipe mínima de VE. Segundo a Resolução, esses profissionais deveriam estar atuando com horário definido, de acordo com a complexidade do sistema municipal e, em algumas situações, o exercício das funções exige horário integral. Estudo realizado em 1998, ano do início do processo de descentralização, já relatava que a composição da equipe mínima de VE representava um grande problema, visto que a precarização das relações de trabalho acarretava alta rotatividade de profissionais e, por conseguinte, descontinuidade das ações.⁷

No que se refere ao monitoramento das ações, a falta ou insuficiência de equipes de VE traz outro pano de fundo importante para a questão do desempenho dos sistemas municipais. A inexistência de equipe ou equipe incompleta, neste estudo, esteve associada a um pior desempenho em relação ao cumprimento de metas, o que vem reforçar a necessidade de equipes exclusivas e com vínculos desprecarizados.⁷

Dos indicadores estudados, o que teve a meta alcançada pela maior proporção de municípios foi a *Cobertura vacinal para Hepatite B* em menores de 1 ano. Esta evidência confirma o fato de que a vacinação é uma das ações básicas de VE que o município incorporou em sua rotina e a sua utilização é reconhecida pela população, que a compreende como benefício social importante. Mais recentemente, está vinculada com a exigência de manter a vacinação rigorosamente em dia, para que os indivíduos possam receber os benefícios dos programas governamentais de distribuição de renda, a exemplo do Bolsa Família.

O indicador que mais se relaciona com a presença ou não da equipe mínima exclusiva é *Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória*, visto que esta é uma ação realizada exclusivamente pela equipe de VE, sendo necessários técnicos qualificados para realizar o encerramento dos agravos notificados. Isso aponta para a importância da qualificação da equipe técnica municipal que, muitas vezes, pode ser mais relevante do que a quantidade de profissionais.

Os outros indicadores estão intrinsecamente relacionados à existência de profissionais qualificados e voltados para ações de assistência no nível primário de atenção como, por exemplo, o indicador *Cura de casos novos de tuberculose bacilífera* e *Melhoria da qualidade da notificação das causas básicas de óbito*. No primeiro caso, observa-se que o estado vem mantendo um percentual baixo de cura, refletindo o pequeno número de municípios que alcançam a meta. Quanto ao segundo indicador, tem havido investimentos na descentralização da codificação dos óbitos, assim como a realização de investigações dos óbitos materno e infantil, com alterações do registro no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Contudo, esse processo foi efetivamente implementado em 2007. A pequena proporção de municípios que atingem estes indicadores reflete as dificuldades enfrentadas pela gestão municipal em relação à organização da assistência em todos os seus níveis de complexidade. Muitos municípios não conseguem garantir atendimento a sua população e muito menos organizar sistemas de referência e contra-referência.

Já o indicador *Identificação e eliminação de focos de aedes aegypti em imóveis* depende da existência de equipes de agentes de controle de endemias devidamente treinados para esta tarefa, tendo sido observado que, quanto maior o porte populacional, menor percentual de municípios que alcançaram a meta. Fica evidente que o grau de urbanização dos municípios é um fator complicador para a cobertura da totalidade dos imóveis em seis ciclos

anuais. Além disso, o número insuficiente de agentes, o absenteísmo, desvios de função e falta de materiais para o trabalho de campo foram justificativas de muitos municípios para o não alcance da meta pactuada. A evidência encontrada neste estudo ratifica a afirmação de que a carência de profissionais qualificados e de infraestrutura para os serviços contribui diretamente para o pior desempenho da VE.⁸

É fato que a normatização de condutas é importante para nortear as ações, e tem sido por meio desta que se tem avançado na resolução de muitos problemas na área da Vigilância à Saúde. Neste trabalho, ficou evidente a sua importância, bem como a necessidade de revisão da Resolução CIB/BA nº 027/01,⁵ especialmente quanto à composição da equipe para os municípios acima de 500 mil habitantes. No entanto, a norma deve ser dinâmica o suficiente para permitir com eficiência a ação técnica na sua criativa função de detectar e controlar riscos à saúde humana.

Outras recomendações referem-se aos diversos sistemas de informação que precisam ser constantemente alimentados e criticados em nível municipal. Para isto, é imprescindível que as equipes sejam constantemente treinadas e estimuladas; que a rede laboratorial esteja equipada e disponível em tempo oportuno; e, por fim, que a estrutura física e de equipamentos possa garantir o mínimo de conforto e conformação para abrigar cada elemento da equipe em sua plena função.

O sistema estadual de VE forma-se, finalmente, com o funcionamento harmônico de cada um desses elementos que compõem os sistemas municipais, permitindo sua aferição regular e, conseqüentemente, as correções de rumo necessárias para melhorar, em última instância, a saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Waldman EA. Usos da vigilância e da monitorização em Saúde Pública. *Iesus* 1998 jul./set.;7(3):7-26. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_usos.pdf], acesso em [14 de maio de 2007].
2. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ci. Saúde Col.* 2006;11(3):553-63.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª. ed. Brasília; 2005. p 19-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. O processo de Monitoramento das ações de vigilância em saúde. Brasília; 2005. Mimeografado.
5. Bahia. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução nº 027, de 15 de maio de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 15 de maio de 2001. nº 93-E.

6. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. R. bras. Saúde Matern. Infant. 2005 dez.;5(supl 1):553-62.
7. Andrade AMS, Carmo EH, Silva GAP, Pinto LL, Carvalho MB. A municipalização das ações de epidemiologia e controle de doenças no estado da Bahia: uma avaliação preliminar. In: Livro de Resumos do 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva Ciência e Saúde Coletiva, Salvador, Bahia; 2000. v. 5. p. 457-7.
8. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. Cad. Saúde Públ. 1996;12(Supl. 2):95-8.

Recebido em 12.8.2009 e aprovado em 9.9.2010.