



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
E SAÚDE PÚBLICA**

**MARIA APARECIDA DE SOUZA MELO**

**Avaliação de aspectos organizacionais da vigilância sanitária em uma amostra de municípios goianos na perspectiva de seus trabalhadores.**

**Goiânia**

**2012**

**MARIA APARECIDA DE SOUZA MELO**

**Avaliação de aspectos organizacionais da vigilância sanitária em uma amostra de municípios goianos na perspectiva de seus trabalhadores.**

**Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutor em Medicina Tropical e Saúde Pública.**

**Orientador: José Clecildo Barreto Bezerra**

**Coorientadora: Katia Elizabeth Puente-Palacios**

**Goiânia**

**2012**

**Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública da  
Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**  
**Avaliação de aspectos organizacionais da vigilância sanitária em  
uma amostra de municípios goianos na perspectiva de seus  
trabalhadores.**

**Aluno (a): MARIA APARECIDA DE SOUZA MELO**

---

**Orientador: JOSÉ CLECILDO BARRETO BEZERRA**

---

**Coorientadora: KATIA ELIZABETH PUENTE-PALACIOS**

---

**Membros:**

**1. JOSÉ CLECILDO BARRETO BEZERRA**

**2. JOSÉ AUGUSTO DELA COLETA**

**3. ANA MARIA DE CASTRO**

**4. CLACI FÁTIMA WEIRICH ROSSO**

**5. MARÍLIA FERREIRA DELA COLETA**

---

**Data: 14/12/2012**

---

*Dedico este trabalho ao meu esposo Ney e filhos Ney César, Pollyana e Ana Luísa; aos meus pais Arlindo e Sebastiana; aos meus sogros Jabes e Zilda; aos meus irmãos José Roberto, Rita, Eugênio e Francisco; aos meus cunhado(a)s, concunhado(a)s, sobrinho(a)s e sobrinho(a)s neto(a)s; e aos meus amigo(a)s e colegas de trabalho. Todos vocês que sempre estiveram presentes em minha vida, até nos momentos difíceis que conseguimos, juntos, superar.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelas infinitas graças que tem derramado sobre a minha vida e de meus familiares.

Aos meus familiares e amigos pela contribuição incondicional que tiveram no alcance dessa conquista, mesmo que tardia em minha vida, mas muito desejada e sonhada por todos nós.

Ao professor José Clecildo Barreto Bezerra por ter acreditado, muito antes de mim mesma, que eu poderia avançar em meus conhecimentos em uma área tão complexa e de grande importante para toda a humanidade.

Aos professores José Augusto Dela Coleta e Marília Ferreira Dela Coleta pelo caminhar juntos neste projeto desde a sua concepção até a conclusão final, por serem responsáveis por grande parte da minha caminhada profissional e acadêmica, além de passarem a fazer parte da minha família.

À professora Katia Elizabeth Puente-Palacios pela grande contribuição que apresentou ao projeto deste estudo, dispensando atenção e mostrando-me nortes sempre que necessitei.

Às professoras Ana Maria de Castro e Ana Lúcia Queiroz Bezerra, coordenadoras, respectivamente, da “Rede Goiana de Pesquisa Básica e Aplicada em Protozoologia Humana” e “Rede Goiana de Pesquisa em Recursos Humanos em Saúde Pública” através das quais o projeto foi submetido a editais de fomento, possibilitando o apoio financeiro para a sua execução.

Aos professores examinadores das Bancas de Qualificação e de Defesa Ana Maria de Castro, José Augusto Dela Coleta, Otaliba Libânio de Moraes Neto, Marina Clare Vinaud, Marília Ferreira Dela Coleta, Edsaura Maria Pereira, Claci Fátima Weirich Rosso e Ana Lúcia Queiroz Bezerra que, além de terem doado parte do precioso tempo na longa leitura e avaliação, apresentaram contribuições que resultaram em melhorias substanciais no trabalho final.

À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás pela oportunidade que me foi oferecida para desenvolver este projeto de pesquisa, com destaque para os servidores Kariny e José Clementino que sempre foram atenciosos e prestativos no atendimento às minhas demandas.

Aos professores e colegas das disciplinas que cursei, em especial a Professora Marília Dalva Turchi, pela contribuição que cada uma dessas pessoas conseguiu adicionar neste longo percurso em que o doutoramento se desenvolveu e que os tornaram importantes em minha vida.

Aos gestores e fiscais sanitários da vigilância sanitária dos municípios participantes do estudo, sem os quais não conseguiríamos desenvolver este projeto.

Ao Túlio Gonçalves Lourenço Filho pelo auxílio na coleta de dados; ao Hugo Vinícius Leão e Silva, Caio Marcelo Nunes, João Batista Peres Júnior, Alessandra Dela Coleta e Graziela Dela Coleta pelo apoio técnico às atividades do trabalho, cada um dentro da sua especificidade de conhecimento.

Ao corpo técnico da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás: Tânia da Silva Vaz, Angela M. M. M. Cardoso, João Ferreira de Moraes, Norma Chaves, Magna M. Carvalho, Jorge C. Mota, Daniel Batista e Aurea S. Pantaleão, pelas contribuições fundamentais na execução deste projeto, além de terem fornecido informações e dados que possibilitaram a sua realização.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e ao CNPq/Ministério da Saúde/Programa PPSUS pelo apoio financeiro; e ao apoio logístico das seguintes instituições: Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, Universidade Estadual de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás e Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios participantes do estudo.

## SUMÁRIO

<b>FIGURAS .....</b>	<b>viii</b>
<b>TABELAS .....</b>	<b>ix</b>
<b>QUADROS .....</b>	<b>x</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>xi</b>
<b>SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>xii</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>xv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xvii</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Revisão da literatura .....</b>	<b>5</b>
1.1.1. A vigilância sanitária e sua interação com determinantes das condições de saúde da população .....	5
1.1.2. Liderança e Liderança Carismática .....	12
1.1.3. Contexto de trabalho nas organizações .....	15
1.1.4. Comprometimento organizacional .....	19
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>25</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1. Objetivo geral .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3. Modelo do estudo e definição das variáveis .....</b>	<b>30</b>
a) Características socioeconômicas dos municípios .....	31
b) Características socioprofissionais dos servidores .....	31
c) Comprometimento organizacional .....	31
d) Contexto de trabalho .....	32
e) Estilo de liderança .....	32
f) Gestão de pessoas e processos .....	32
g) Caracterização do trabalho .....	32
h) Frequência das atividades de fiscalização .....	32
i) Coeficiente de detecção média anual de doenças e agravos de notificação compulsória .....	32
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1. Amostra .....</b>	<b>33</b>

<b>4.2.</b>	<b>Instrumentos .....</b>	<b>36</b>
4.2.1.	Instrumentos construídos e validados para os objetivos deste estudo ..	36
4.2.1.1.	Questionário Caracterização do Trabalho (CT) .....	37
4.2.1.2.	Escala de Medida do Desempenho (EMDES) .....	38
4.2.1.3.	Inventário de Características Demográficas e Funcionais (ICDF) .....	41
4.2.2.	Instrumentos de domínio público adotados neste estudo .....	41
4.2.2.1.	Escala de Estilo de Liderança (Inventário LICASO) .....	41
4.2.2.2.	Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) .....	44
4.2.2.3.	Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO) .....	45
<b>4.3.</b>	<b>Procedimentos .....</b>	<b>47</b>
<b>5.</b>	<b>ARTIGOS .....</b>	<b>52</b>
<b>5.1.</b>	<b>Artigo 1 .....</b>	<b>53</b>
<b>5.2.</b>	<b>Artigo 2 .....</b>	<b>75</b>
<b>5.3.</b>	<b>Artigo 3 .....</b>	<b>100</b>
<b>5.4.</b>	<b>Artigo 4 .....</b>	<b>129</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>152</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>163</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>166</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>179</b>



## FIGURAS

Figura 3.1	Modelo das variáveis do estudo “Avaliação de aspectos organizacionais da vigilância sanitária em uma amostra de municípios goianos na perspectiva de seus trabalhadores”, com indicação das hipóteses verificadas .....	31
------------	---	----

## TABELAS

Tabela 4.1.	Distribuição das vigilâncias sanitárias municipais (VISAM) participantes do estudo, segundo a Regional de Saúde a que pertencem no Estado de Goiás, 2011, e respectivos totais de fiscais .....	34
Tabela 4.2.	Composição da Escala de Medida do Desempenho (EMDES) após a realização da análise dos componentes principais e cálculo dos índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) .....	40
Tabela 4.3.	Composição, definição e índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) das subescalas do Inventário LICASO obtidos no estudo de Cury (1999) .....	43
Tabela 4.4.	Fatores da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) .....	44
Tabela 4.5.	Denominações, definições, itens integrantes e índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) dos fatores da Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO) .....	46
Tabela 4.6.	Consolidado das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Confirmados nos municípios participantes do estudo e no Estado de Goiás – 2006 a 2010, segundo as doenças e agravos selecionados .....	49

## QUADROS

Quadro 4.1. Agrupamento das questões do instrumento "Caracterização do Trabalho (CT)" com foco no Elenco Norteador das Ações de VISA e no Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012.....	37
--	----

## ANEXOS

Anexo 1.	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	180
Anexo 2.	Comprovantes de submissão dos artigos .....	182
Anexo 3.	Tabela de dados consolidados do Total de Doenças de Notificação Compulsória Confirmadas, segundo o município participante do estudo e no Estado de Goiás – 2006 a 2010.....	185
Anexo 4.	Tabela dos dados dos indicadores socioeconômicos segundo o município participante do estudo e Estado de Goiás .....	188
Anexo 5.	Instrumentos de coleta de dados primários – Coordenadores e Fiscais .....	192
Anexo 6.	Consolidado dos principais resultados obtidos frente aos objetivos específicos do estudo .....	214

## **SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

AD – Autoconfiança e determinação

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANOVA – Análise de variância

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AR – Aviso de Recebimento

CGAB – Coordenação de Gestão da Atenção Básica

CI – Comunicação inspiradora

CO – Consideração

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CP – Compartilhar o poder

CS – Confiança nos seguidores

CSI – Coordenação de Sistema de Informação em Saúde

CSM – Coordenação de Saúde Mental

CT – Caracterização do Trabalho

CTr – Condições de trabalho

DAGD – Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada

DASS – Departamento de Análise da Situação de Saúde

DVE – Departamento de Vigilância Epidemiológica

EACT – Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

EAFAP – Escala de Avaliação das Frequências das Ações de Fiscalização

EAGPP – Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e Processos

EBACO – Escala de Bases do Comprometimento Organizacional

ED – Expectativa de desempenho

EI – Estímulo Intelectual

EMDES – Escala de Medida do Desempenho

EP – Esclarecimento do papel

et. al. – Abreviação de et alii que significa e outros

etc. – Abreviação de et cetera que significa e outros mais

FAPEG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICDF – Inventário de Características Demográficas e Funcionais

ICMS – Imposto de Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

IDCF – Inventory Demographic Characteristics and Functional

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IMBES – Instituto Mauro Borges de Estatística e Estudos Socioeconômicos

IN – Integridade

JU – Justiça

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

LC – Labor Characterization

LICASO – Escala de Estilo de Liderança

Locus – lugar em latim

MP – Modelagem do Papel

MS – Ministério da Saúde

OD – Orientação ao desempenho

OE – Orientação da equipe

OR – Orientação

OTr – Organização do trabalho

p. – Página

PDVISA – Plano Diretor da Vigilância Sanitária

PMS – Performance Measurement Scale

pp. – Páginas

PPSUS – Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RC – Reconhecimento contingente

RS – Regional de Vigilância em Saúde

RSs – Relações socioprofissionais

RSWC – Rating Scale Work Context

SBOC – Scale Bases of Organizational Commitment

SE – Secretaria Executiva

SEPLAN – Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Goiás

SES-GO – Secretaria de Saúde do Estado de Goiás

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SLI – Scale Leadership Style Inventory

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária  
SPO – Subsecretaria de Planejamento e Orçamento  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUVISA – Superintendência de Vigilância em Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
UFG – Universidade Federal de Goiás  
VI – Visão  
VISA – Vigilância Sanitária  
VISAM –Vigilância Sanitária Municipal

## RESUMO

A Vigilância Sanitária é importante componente do Sistema Único de Saúde, cujas práticas são fundamentais à prevenção e eliminação de riscos e à proteção da saúde da população. Sua atuação deve ocorrer por meio da articulação de conhecimentos, competências e habilidades para que as intervenções se tornem efetivas, revelando a importância dos recursos humanos na viabilização e implementação das políticas públicas instituídas para o setor. Este estudo objetivou descrever o serviço da vigilância sanitária de municípios goianos (VISAM) e avaliar, na percepção dos profissionais coordenadores e fiscais, aspectos dos resultados da gestão, dos processos de liderança, do comprometimento organizacional e do contexto de trabalho. A partir desses dados, verificar correlações entre as características estruturais e funcionais da VISAM e de alguns indicadores socioeconômicos municipais com os coeficientes de detecção média anual de doenças de notificação compulsória confirmadas nos municípios estudados no período 2006-2010. Participaram 335 fiscais e 53 gestores trabalhadores da VISAM de 53 municípios goianos que responderam aos diferentes instrumentos construídos e validados para os objetivos da pesquisa (Caracterização do Trabalho–CT, Escala de Medida do Desempenho–EMDES e Inventário de Características Demográficas e Funcionais–ICDF) e outros de domínio público (Escala de Estilo de Liderança–Inventário LICASO, Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho–EACT e a Escala de Bases do Comprometimento Organizacional–EBACO). Utilizou-se de procedimentos contidos no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows versão 18 para tratamento estatístico, que envolveu análises descritivas (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, frequências absolutas e porcentagens); análise dos componentes principais das escalas (método Enter ou padrão); análise da confiabilidade das escalas (alfa de Cronbach); correlação  $r$  de Pearson; teste Qui-quadrado; análise de regressão múltipla; e análise de variância (ANOVA) F de Snedecor. Os resultados foram descritos em quatro artigos e mostram que a VISAM nos municípios goianos estudados encontra-se inserida em um contexto complexo de carências organizacionais, funcionais e estruturais. Tais deficiências podem causar mal-estar no trabalho, risco de adoecimento profissional, afetar a realização de atividades básicas do cotidiano institucional e contribuir para o aumento das subnotificações de doenças dentro do Sistema de Vigilância em Saúde. Foi possível encontrar profissionais comprometidos em algumas das dimensões de análise, assim como líderes que, exercendo suas



características carismáticas, obtêm dos seus seguidores a adesão ao desenvolvimento das ações, mesmo que não usem o estímulo intelectual na solução de problemas e obtenção de uma equipe eficaz. Associações entre a diminuição do coeficiente de detecção média anual de diversas das doenças estudadas e as variáveis investigadas mostram a importância da VISAM no processo de promoção da saúde e a urgência na adoção de ações com vistas a superar as carências identificadas e munir o setor de instrumentos para a aproximação da realidade local da saúde vivenciada pela população.

### **Palavras-chave**

Vigilância Sanitária. Gestão em Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Caracterização do Trabalho. Liderança. Comprometimento Organizacional. Contexto de Trabalho. Notificação de doenças.

## ABSTRACT

The Health Surveillance is an important component of the Unified Health System, whose practices are fundamental to the prevention and elimination of risks and protection of population health. His performance should occur through the articulation of knowledge, skills and abilities so that interventions become effective, revealing the importance of human resources in the feasibility and implementation of public policies established for the sector. This study aimed to describe the service of health surveillance of Goiás municipalities and to evaluate the perception of coordinators professionals and tax, aspects of the processes' results of leadership, organizational commitment and work context. From these data investigating correlations between structural and functional characteristics of health surveillance of municipalities and some municipal socioeconomic indicators with the annual average detection rates of compulsory disease notification confirmed in the cities studied in 2006-2010. Participated 335 tax and 53 managers workers of the Health Surveillance of 53 Goiás municipalities who answered to the different instruments constructed and validated for the research objectives (Labor Characterization–LC, Performance Measurement Scale–PMS and Inventory Demographic Characteristics and Functional–IDCF) and other public domain (Scale Leadership Style Inventory–SLSI, Rating Scale Work Context–RSWC and Scale Bases of Organizational Commitment–SBOC). It was used the procedures in SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows version 18 for statistical analysis, which involved descriptive analyzes (average, standard deviation, minimum and maximum values, absolute frequencies and percentages) Principal components analysis of scales (Enter method or standard); reliability analysis of the scales (Cronbach's alpha); Pearson's correlation  $r$ ; chi-square test, multiple regression analysis, and analysis of variance (ANOVA) F of Snedecor. The results were described in articles and show that the Health Surveillance of Municipalities in cities studied is inserted in a complex context organizational need, functional and structural. These deficiencies can cause discomfort at work, risk of occupational illness, affecting the performance of basic activities of daily institutional and contribute to increased understatements of disease within the Health Surveillance System. It was possible to find professionals committed to some of the dimensions of analysis, as well as leaders who, exercising their characteristics charismatic, get their followers adherence to development actions, even if they do not use intellectual stimulation to solve problems and obtain an effective

team. Associations between the coefficient reduction of detection annual rate of the of several diseases studied and the variables investigated the Health Surveillance of municipalities show the importance of the process of health promotion and urgency in taking action in order to overcome the deficiencies identified and equip the sector of the instruments to approach the local reality of the health experienced by the population.

**Keywords:**

Health Surveillance. Health Management. Health Manpower. Health Services Administration. Labor Characterization. Leadership. Organizational Commitment. Work Context. Disease Notification.

## 1. INTRODUÇÃO

As condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, no âmbito brasileiro, encontram-se definidos na Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil 1990, MS 2009). Assume que a saúde se relaciona com um conjunto de determinantes ambientais e sociais, cuja aplicabilidade requer mudanças nos sistemas organizacionais e de gestão pública para que a melhoria das condições de saúde da população se torne objetivo central das ações governamentais e cumpra o preceito constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado (Brasil 1988).

Para o atendimento a essa integralidade é necessária a articulação de um conjunto de intervenções sociais e econômicas voltadas para a redução dos riscos, com integração dos serviços de saúde em rede regionalizada e hierarquizada na implementação das diretrizes da descentralização, do atendimento integral e com prioridade nas ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais, com a participação da comunidade (Paim & Costa 2008).

As consequências advindas da globalização, como o aumento da circulação e da interação entre as pessoas, produtos, e outros, incluindo nesta categoria o transporte de animais e vegetais, podem resultar na disseminação de micro-organismos causadores de doenças. Isso exige do Estado interferência nos processos de relação econômica e social com vistas a preservar a vida e o ambiente (Garibotti et al. 2006).

A preocupação com a qualidade e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, em termos de Brasil, ocorre desde o período colonial (Oliveira Neto 2007). No entanto, medidas mais amplas de proteção, promoção e defesa da saúde tiveram relevância a partir da criação do SUS, cujos efeitos apareceram com a instituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ocorrida em 1999, e correspondente descentralização das ações de vigilância (Cohen 2009).

A vigilância sanitária é um importante componente do SUS que têm por objetivo eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde (Brasil 1990). Sua configuração não tem similar em outro país e guarda vínculos com a sua criação quando sua intervenção era eminentemente normativa e fiscalizatória, cujo componente nunca se estruturou

adequadamente. “Seu método de trabalho deveria se fundamentar no conhecimento técnico sobre os processos produtivos e nas propriedades dos produtos”, mas acabou sendo cartorial, fundamentado apenas em documentos e sem comprovação empírica (Lucchese 2010 p.3318).

O trabalho da vigilância sanitária (VISA) se diferencia de outros desenvolvidos nas instituições de saúde que atendem diretamente a população pela natureza dos seus objetivos. Seu funcionamento ocorre muito próximo da lógica de mercado, pois dele advém as demandas a partir das quais seus serviços são organizados e cuja atuação deve impulsionar a qualidade dos bens e serviços e a “qualidade das relações sociais que envolvem toda a cadeia de produção ao consumo” (Lucchese 2010 p.3320). Além disso, seu campo de atuação é ampliado pelo poder de interferir nos fatores determinantes do processo saúde-doença constituído por um conjunto de elementos naturais, físico-biológicos e sociais, assim como o ambiente de trabalho e a recuperação e reabilitação advinda dos riscos e agravos causados pelas condições de trabalho (Eduardo 1998).

Pela complexidade da área de atuação da VISA, constitui-se em grande desafio para os gestores a implantação de projetos de intervenção que realmente protejam e promovam a saúde da população. Isso demanda a articulação de um amplo conjunto de conhecimentos, competências e habilidades e exige que os profissionais da área detenham saberes de vários campos do conhecimento, inclusive jurídico-legal, para que suas ações se tornem legítimas (CONASS 2007).

Avaliar se os objetivos ou finalidades institucionais estão ou não sendo alcançados constitui-se em um dos principais desafios que os gestores do setor enfrentam. Avaliar significa julgar a partir de critérios previamente definidos e em um processo técnico e administrativo destinado à tomada de decisão no que diz respeito a direcionar ou redirecionar as ações, atividades ou programas, e deve se desenvolver em prática sistemática e componente da função da gestão (Santos et al. 2010).

A qualidade tem sido o conceito mais utilizado dentre os critérios utilizados para avaliar as práticas relacionadas com a saúde, pela sua característica de estabelecimento de um juízo e atribuição de um valor a alguma coisa que quando positivo significa ter qualidade (Novaes 2000, Silva & Formigli 1994). Diversos autores relatam que a aplicabilidade do conceito de qualidade à saúde ocorre a partir da expansão da sua adoção para o setor de serviços e que teve como marco as contribuições de Avedis Donabedian (1984) que, no final dos anos 1980, ampliou o

conceito de qualidade em saúde, sistematizada por atributos relacionados ao cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto), à disponibilidade e distribuição de recursos (acessibilidade, equidade), à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade) e aos custos (eficiência) (Donabedian 1984, Novaes 2000, Sancho & Dain 2012).

Donabedian concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, pressupondo a existência de ordem, harmonia e direcionalidade, numa relação funcional entre esses componentes. Considerou o processo o caminho mais rápido para o exame da qualidade do cuidado; os resultados refletiriam nos efeitos dos insumos adotados no cuidado; e a estrutura como importante no desenvolvimento dos processos e consequente alcance dos resultados, vez que o próprio monitoramento faz parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais que influenciam o processo (Donabedian 1984, Silva & Formigli 1994, MS/SVS/DASS 2007).

Habicht et al. (1999) desenvolveram outro referencial voltado para a avaliação de programas/intervenções em saúde e nutrição que utiliza dois eixos: os tipos de indicadores necessários para a avaliação e o grau de inferência exigido para a tomada de decisões. No primeiro, a escolha do tipo de indicador a ser medido dependerá do que se pretende avaliar, se a oferta, a utilização, a cobertura ou o impacto do programa/intervenção. Este precisa ser oferecido e estar acessível à população-alvo e ter adequada qualidade para que a população o aceite e o utilize. A utilização resultará em uma dada cobertura a qual produzirá um impacto no comportamento ou sobre a saúde, sendo que quaisquer deficiências nos estágios iniciais dessa cadeia irão limitar os resultados nos estágios seguintes. O segundo eixo diz respeito ao tipo de inferência causal (adequação, plausibilidade ou probabilidade) e ao grau de certeza para a tomada de decisão. Tanto as avaliações de processo (oferta, utilização e cobertura) quanto as de impacto podem utilizar a inferência causal. A força da inferência sobre a causalidade do efeito do programa / intervenção aumenta desde a descrição sem um grupo de comparação até a comparação com grupos controle possivelmente enviesados e com comparação com grupo controle provavelmente não enviesado (por meio de ensaios randomizados). Cada um dos quatro componentes do eixo de indicadores (oferta, utilização, cobertura e impacto) pode ser avaliado de acordo com esses três graus de inferência (Habicht et al 1999, MS/SVS/DASS 2007)

Comparando os dois referenciais, observa-se que os indicadores de estrutura e processos de Donabedian (1984) correspondem aos de oferta de Habicht et al. (1999).

No entanto, a diferença se expressa na população-alvo das avaliações: o referencial de Habicht et al. (1999) tem enfoque mais voltado para a saúde pública (a população-alvo é o grupo populacional do programa/intervenção) e o de Donabedian(1984) para a avaliação de serviços (a população usuária do serviço) (MS/SVS/DASS 2007).

Em face dos objetivos a serem alcançados e dos critérios selecionados pelo pesquisador, a avaliação em saúde poderá, ainda, se constituir em “pesquisa avaliação”, “avaliação para a decisão” ou “avaliação para a gestão”. As principais questões que distinguem e orientam essas abordagens dizem respeito à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas (pesquisa avaliação), ao reconhecimento do objeto avaliado na profundidade necessária para a sua compreensão, identificação de alternativas e soluções positivas com recomendações que contribuam para a solução de problemas (avaliação para a decisão); e à caracterização de uma condição e respectiva tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas, como na criação de indicadores (avaliação para a gestão) (Novaes 2000).

As conceituações, enfoques e formulações metodológicas que têm sido mais amplamente aplicáveis nas avaliações de condições particulares de sistemas, serviços, estratégias e ações programáticas de saúde derivam do escopo Donabediano de avaliação normativa: contexto, estrutura, processo e resultados (Miranda et al. 2012). Tem como foco medir a suficiência e adequação dos recursos empregados em relação aos resultados obtidos e esperados, adotando-se índices parametrizados e o método científico, fundamentada na pesquisa-ação (método experimental utilizado nos estudos das ciências sociais) e na análise estatística (Sancho & Dain 2012).

No âmbito da vigilância sanitária, referências à qualidade encontram-se inicialmente nas normas e dizem respeito à supressão de qualidade de produtos. Depois, com a assimilação da qualidade como atributo que devem possuir os produtos, a regulamentação jurídica do setor incorporou o controle de qualidade de produtos como atribuição institucional, compondo o conceito de controle sanitário (Costa 2004).

O interesse pela avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil, mesmo que crescente, tem se constituído em iniciativas pontuais de pesquisas e estudos de casos ou produção regular de dados (Carvalho et al. 2012). Aponta para a existência de lacunas teóricas e conceituais sobre as metodologias dos processos avaliativos a serem institucionalizados (Bosi et al. 2010).

Estudos avaliativos das ações de vigilância sanitária no âmbito brasileiro são pontuais e a grande maioria se refere ao processo de descentralização das ações no

nível municipal. A importância da realização de pesquisas na área é evidente, com foco em identificar ou construir metodologias que possam ser replicadas pelos gestores do setor, bem como analisar a forma como essa área da saúde pública se encontra estruturada para a realização das ações de prevenção e proteção da saúde da população e cujos resultados possam servir de subsídios para a tomada de decisão.

O processo avaliativo desenvolvido neste estudo, no âmbito da vigilância sanitária de municípios goianos (VISAM) adota uma metodologia com diversas dimensões de análise. Abarca aspectos relacionados aos resultados das avaliações da gestão de processos e de pessoas, na perspectiva da avaliação dos trabalhadores dessa área, adiciona indicadores socioeconômicos e de doenças de notificação compulsória pertinentes aos municípios pesquisados e inclui as variáveis liderança, comprometimento organizacional e contexto de trabalho. O referencial teórico e os principais resultados de estudos desenvolvidos na área ou envolvendo os temas abordados nesta pesquisa encontram-se descritos nos subitens seguintes.

A pesquisa teve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e do Ministério da Saúde/Programa de Pesquisa para o SUS-PPSUS e contou com autorização formal da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO) e dos gestores da VISAM participantes, bem como aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) sob o Protocolo nº 268/2010.

## **1.1. Revisão da literatura**

### **1.1.1. A vigilância sanitária e sua interação com determinantes das condições de saúde da população**

A análise permanente da situação da saúde da população é objetivo da Vigilância em Saúde em cujo escopo encontram-se a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (MS 2009).

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foram instituídos com foco na promoção e proteção da saúde da população, por meio do controle sanitário da produção e da comercialização



de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (MS 2009, Piovesan 2002).

Dentre os instrumentos criados para fortalecer o SNVS, encontram-se o Plano Diretor da Vigilância Sanitária (PDVISA) que traça as diretrizes norteadoras necessárias à sua consolidação; o Pacto pela Saúde (e seus componentes Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) que reforça a regionalização, a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturado em regiões sanitárias e instituindo os colegiados de gestão regional; e o Regulamento Sanitário Internacional que estabelece a necessidade de aperfeiçoamento das capacidades dos serviços de saúde pública para detectar, avaliar, monitorar e dar respostas apropriadas aos eventos que possam se constituir em emergência em saúde pública de importância internacional, aprimoramento dos instrumentos de prevenção e controle dos riscos de saúde pública (MS 2009).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) do Brasil, instituído em 1975, tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis. O SUS incorporou o SNVE e ampliou o conceito de vigilância epidemiológica, em função das alterações havidas no perfil epidemiológico da população brasileira, resultando na inserção de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo das atividades de vigilância epidemiológica (MS/SVS/DVE 2009).

Os serviços de saúde devem estar preparados para identificar a ocorrência de sintomas e sinais que possam sugerir uma doença ou agravo de causa desconhecida, ou o comportamento não usual de uma doença definida, como também nos casos de doenças emergentes. A detecção precoce desses fenômenos é fundamental para o desencadeamento das ações pertinentes. Os profissionais de saúde devem ser estimulados a notificar de forma oportuna para possibilitar a adoção de medidas de prevenção e controle com prontidão e efetividade (MS/SVS 2005, MS/SVS/DVE 2009).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, objetiva coletar, transmitir e disseminar dados gerados na rotina do sistema de vigilância epidemiológica das três esferas de governo. Fornece informações para análise do perfil da morbidade e facilita a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando na tomada de decisões (MS/SVS 2005, MS/SVS/DVE 2009).

O processo de desenvolvimento das funções de vigilância epidemiológica, nos sistemas locais de saúde, deve ser articulado com as atividades de prevenção e controle de eventos adversos à saúde, inclusive no que se refere à fiscalização sanitária, para que a identificação dos fatores de risco ocorra de forma ágil (Waldman & Freitas 2008). A realização das atividades básicas de vigilância sanitária é de competência dos municípios (MS 2004), com a fiscalização sanitária constituindo-se em “um dos instrumentos mais ágeis e eficazes disponíveis ao Estado, sempre que corretamente aplicados na defesa da população, diante de riscos, virtuais ou iminentes, de agravos à saúde” (Waldman & Freitas 2008 p.138).

A articulação das práticas da vigilância sanitária com as de vigilância epidemiológica é resultante do caráter multidisciplinar da atuação da vigilância em saúde ao reconhecer que as modificações nos padrões de morbi-mortalidade resultam de um processo amplo nas condições de vida do homem. A industrialização e as mudanças nos modelos de desenvolvimento econômico trouxeram consequências no processo de urbanização, declínio da fecundidade, envelhecimento das populações, alterações do ambiente, mudanças no estilo de vida e disseminação e intensificação do uso de novas tecnologias. O controle sanitário de produtos para o consumo humano, tecnologias médicas e de riscos ambientais, tornaram-se áreas amplas e complexas da saúde pública. Isso resulta que a garantia da boa qualidade de vida à população requer a implementação do controle sanitário de forma articulada e multidisciplinar com as funções essenciais de saúde pública, como a regulação, a fiscalização sanitária, a vigilância epidemiológica e a pesquisa (Waldman & Freitas 2008).

Processos avaliativos no âmbito do SUS têm sido utilizados para dar suporte às decisões, em face da capacidade que os resultados possuem de contribuir para com a melhoria da qualidade da tomada de decisão (Tanaka & Tamaki 2012), mesmo que a incorporação dessas práticas ao planejamento e à gestão tenha ocorrido de forma incipiente (Santos et al. 2010). Iniciativas pontuais de pesquisas e estudos de caso ou produção regular de dados são encontradas, havendo necessidades de se considerar outros fatores, como nos processos de gestão em face da descentralização e da complexidade do perfil epidemiológico vivenciada no país (Carvalho et al. 2012), assim como na identificação de metodologias de avaliação com foco em compreender os fatores influenciadores da eficiência, efetividade e equidade do desempenho do SUS (Viacava et al. 2004).

O conhecimento das condições de saúde da população brasileira aponta para a associação de diversas doenças às condições socioeconômicas e ambientais. Nos aspectos ambientais, os acidentes por animais peçonhentos estão relacionados a desequilíbrios ecológicos ocasionados por desmatamento, uso indiscriminado de agrotóxicos e outros produtos químicos utilizados em lavouras, bem como a alterações climáticas (MS/SVS/DVE 2009); a emergência da leishmaniose visceral em meio urbano resultante das transformações ambientais, do processo desordenado de ocupação urbana em condições precárias de vida e destruição ambiental, além das más-condições sanitárias (Costa et al. 2007); o aparecimento de surtos de leishmaniose tegumentar americana em zonas rurais desmatadas ou em regiões periurbanas associado às atividades econômicas como garimpos, expansão de fronteiras agrícolas e extrativismo em condições ambientais altamente favoráveis à transmissão da doença; e a expansão da área endêmica da malária em que a maioria dos casos ocorre nas áreas rurais por migrações e desmatamentos (MS/SVS/DVE 2010).

Relacionadas às questões de infraestrutura sanitária, a ocorrência da leptospirose em regiões sem condições adequadas de infraestrutura sanitária, urbanização e coleta de lixo, sem tratamento de esgoto e em populações ribeirinhas sujeitas a enchentes (Soares et al. 2010); a heterogeneidade das condições socioeconômicas, a distribuição irregular dos serviços de saúde, a incorporação desigual de tecnologia avançada para o diagnóstico e tratamento das hepatites virais são apontados como importantes no processo endemo-epidêmico dessas enfermidades (Ferreira & Silveira 2004), cuja prevalência encontra-se associada a áreas com más condições sanitárias e socioeconômicas (MS/SVS/DVE 2009).

Também nos aspectos socioeconômicos das populações, a distribuição dos casos de meningites ocorre associada às populações carentes e, em países desenvolvidos, ao nível socioeconômico baixo, cujo risco da doença também depende de um conjunto de fatores ambientais, humanos, microbiológicos e culturais (Barroso et al. 1998). Já a distribuição mundial da tuberculose, que não apresenta variações clínicas ou sazonais de importância prática, tem prevalência maior em áreas de grande concentração populacional e precárias condições socioeconômicas e sanitárias (MS/SVS/DVE 2010).

Quanto à distribuição dos riscos de exposição à dengue, existe uma questão contraditória em face de a sua incidência encontrar-se relacionada às distintas situações sociais e econômicas das populações afetadas, tanto às precárias quanto às melhores

condições (Resendes et al. 2010); e a hanseníase tem relação estatisticamente significativa com os baixos valores de índice de desenvolvimento humano (Lana et al. 2009, MS/SVS/DVE 2010).

Vinculada aos aspectos educacionais, a tendência do crescimento da epidemia de AIDS entre as mulheres encontra-se associada à baixa renda e à baixa escolaridade (Reis et al. 2007, Stephan et al. 2010), vez que o nível educacional interfere no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado (Seidl et al. 2007); a intensificação das medidas de prevenção à raiva mostra-se associada à educação em saúde e a vigilância de animais e da saúde humana (Veloso et al. 2011); e a existência de evidências de que atividades educativas dirigidas às comunidades são importantes na prevenção e redução de intoxicações exógenas (Moreira et al. 2010).

Investigações que identifiquem os reais fatores que interferem no processo de melhoria das condições de saúde das pessoas são importantes, como nas associações entre os indicadores de ocorrência de doenças e aspectos organizacionais e da gestão dos serviços de saúde.

Há de se considerar que associações entre a ocorrência de doenças com outros indicadores podem sofrer interferências de diversos fatores, como a forma de ocupação dos espaços urbanos por populações com diferentes estratos socioeconômicos; o próprio processo da transmissão das doenças que sofre influência do grau de imunidade da população; os dados secundários extraídos dos sistemas oficiais de notificação que, em geral, registram os casos que buscam assistência médica nos serviços públicos de saúde, mais frequentados pela população de mais baixa renda; os dados secundários obtidos dos sistemas oficiais de notificação que podem ser influenciados pela subnotificação ou superestimativa de casos devido a erros de diagnóstico, problemas de acesso aos serviços de saúde; os dados dos sistemas de saúde públicos e os censitários que podem estar afetados por erros de registro, de perdas e de extravios de informações e que podem influenciar os procedimentos e resultados estatísticos (Teixeira et al. 2003; Sabroza et al. 1992; Resendes et al. 2010; Sanches 1993). Waldman (1998) acrescenta que a subnotificação pode associar-se ao fato de os sistemas serem passivos, ao desconhecimento por parte dos profissionais de saúde da sua importância ou da própria lista de doenças submetidas à vigilância.

Estudos sobre os índices de subnotificação das doenças ou agravos nos sistemas de informações brasileiros instituídos para esta finalidade são pontuais, adotam

distintos métodos de investigação e revelam valores considerados altos mesmo para aquelas doenças ou agravos tidos como de alta gravidade e importância epidemiológica. Como exemplos, a subnotificação da comorbidade Tuberculose e AIDS no Brasil no período de 2000 a 2005 que alcançou 17,7%, mesmo que os estados de Goiás e São Paulo tenham apresentado os percentuais mais baixos, em torno de 10% (Carvalho et al. 2011); a subnotificação de Leishmaniose visceral nos anos 2002 e 2003 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em relação ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foram de 42,2% e 45,0%, respectivamente (Maya-Elkhoury et al. 2007); a subnotificação de Acidentes por animais peçonhentos no Estado do Rio de Janeiro apresentou índices distintos por tipo de animal agressor e dentro das regiões de estudo, variando de 83,0% para serpentes em 2001 até 4,8% para aranhas em 2005, no computo geral do Estado (Fiszon & Bochner 2008); a subnotificação de Hanseníase no município de Fortaleza, Estado do Ceará, foi de 14,9% no período de 2002 a 2004 (Façanha et al. 2006). O Ministério da Saúde orienta analisar os atendimentos antirrâbicos utilizando como parâmetro 30 a 45 atendimentos por 10.000 habitantes, sendo que valores inferiores a 10 atendimentos por 10.000 habitantes devem ser avaliados sobre a possibilidade da subnotificação dos atendimentos (MS/SVS 2009).

No âmbito da vigilância sanitária é possível encontrar estudos, mesmo que pontuais, que contribuem para o diagnóstico da situação vivenciada por este importante setor da saúde pública, em suas distintas dimensões de análise. Nos aspectos pertinentes à gestão de pessoas são encontradas deficiências na formação e capacitação dos recursos humanos (Michaloski 2008, Garibotti et al. 2006, Leal & Teixeira 2009, Juliano & Assis 2004); insuficiência na quantidade, multiprofissionalidade e distribuição dos profissionais (Leal & Teixeira 2009); recursos humanos temporários (Juliano & Assis 2004); com baixos índices de motivação (Michaloski 2008, Leal & Teixeira 2009); gratificação insuficiente, não institucionalização do plano de cargos, carreiras e salários, baixa utilização do potencial dos técnicos e indefinição de requisitos éticos para o exercício do cargo (Leal & Teixeira 2009); qualificação dos profissionais por contra própria (Garibotti et al. 2006); e pouco investimento em recursos humanos (Marangon et al. 2009).

Relativamente à organização e às condições de trabalho da vigilância sanitária, registram-se precariedades ou deficiências estruturais (Garibotti et al. 2006,

Juliano & Assis 2004, Marangon et al. 2009); atuação focada no controle e fiscalização de produtos e serviços (Cohen 2009, Garibotti et al. 2006).

Relacionados à gestão da vigilância sanitária, a falta de autonomia na alocação de recursos ou na autogestão do trabalho (Michaloski 2008, Garibotti et al. 2006, Juliano & Assis 2004, Marangon et al. 2009); entraves políticos e conflitos de interesses (Michaloski 2008, Juliano & Assis 2004, O'dwyer et al. 2010); entraves na gestão do trabalho e insuficiência do financiamento (O'dwyer et al. 2010); tradição centralizadora da secretaria de saúde estadual, limitações da cooperação com os municípios e disparidades econômicas entre regiões, não havendo hierarquização dos municípios para focalizar os esforços nos mais carentes (Cohen 2009); ausência de projeto político para a gestão descentralizada e desarticulação com o nível regional (Juliano & Assis 2004); ausência de planejamento e avaliação e pouca visibilidade dos efeitos da descentralização (Marangon et al. 2009); posição secundária da vigilância sanitária na estrutura e prioridades de saúde municipal, relações conflituosas e com rotatividade dos componentes e desconhecimento da população acerca do trabalho da vigilância sanitária (Michaloski 2008); necessidade da instituição da avaliação sistemática e abrangente para o setor (Battessini 2008) e de definição de critérios de avaliação (Ferraro et al. 2009); e fatores restritivos para as ações do controle sanitário em face de um espaço permeado por contradições históricas e diversidade dos objetos de atuação (Piovesan et al. 2005, Barbosa & Costa 2010, Souza & Costa 2010), também são problemas apontados nos estudos desenvolvidos na área.

Como avanços na área da vigilância sanitária encontram-se o cumprimento da Programação Pactuada e Integrada, o cadastramento dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária e articulações interinstitucionais (Juliano & Assis 2004) e efetividade nas ações de vigilância sanitária durante a descentralização (Souza & Stein 2008).

Em Goiás, as ações de VISA são de competência da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), que exerce a coordenação e avaliação das ações do setor, bem como elabora e implanta as normas técnicas e rotinas, com foco em assegurar o cumprimento da legislação sanitária (Cardoso 2010). Os 246 municípios encontram-se organizados em 16 Regionais de Saúde e estão inseridos no Piso Estruturante em que recursos federais são aportados para a realização de ações de VISA. Esses municípios têm, também, a opção de pactuarem o chamado Piso Estratégico, em face das competências atribuídas ao

Estado (Brasil 1990) e à SES-GO (Goiás 2007) para promoverem a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios, observadas as condições estruturais que possuem.

### **1.1.2. Liderança e Liderança Carismática**

“A liderança é um processo social no qual se estabelecem relações de influência entre pessoas”, cujo núcleo deste processo “é composto de líder ou líderes, seus liderados, um fato e um momento social” (Limongi-Franca & Arellano 2002 p.259). É definida como a capacidade de influenciar um grupo em direção ao alcance dos objetivos, cuja origem dessa influência pode ser formal, em função do cargo exercido e que em cuja posição subentende certo grau de autoridade. O fato de uma pessoa ter posição formal de liderança não implica que ela seja necessariamente eficaz em liderar outras pessoas ou em exercer influências sobre elas, resultando que nem todos os líderes são gestores e nem todos os gestores são líderes. Líderes podem surgir naturalmente, dentro dos grupos ou por indicação formal (Robbins 2004, Bowditch & Buono 2006).

Existem abordagens teóricas com pressupostos e premissas distintos que têm influenciado as investigações e os modelos explicativos acerca da liderança. Dentre os diversos modelos de investigação sobre o tema encontra-se a teoria da liderança carismática desenvolvida por House (1977), surgida a partir do interesse pelo estudo de líderes históricos e gestores de grandes organizações que alcançaram resultados excelentes em seus trabalhos, mesmo em situação de crise e de elevada concorrência externa (Gomes & Cruz 2007).

Os antecedentes da liderança e o comportamento dos líderes carismáticos têm sido o foco de atenção dos estudiosos. Walter e Bruch (2009) analisaram sistematicamente as pesquisas sobre a emergência da liderança carismática e verificaram que consequências benéficas do comportamento de liderança carismática têm sido acumuladas em resultados de pesquisas, com o líder atuando como um modelo para os seguidores, mostrando um senso de poder e confiança, tomando decisões corajosas e não convencionais. Os líderes carismáticos desenvolvem e comunicam uma visão emocionante e cativante, promovem a aceitação de objetivos comuns e motivam seus seguidores para a realização de aspirações comuns, cujo conjunto de

comportamentos é refletido nos conceitos de outros estilos de liderança, como na transformacional.

Mumford et al. (2008) sugerem que o carisma pode representar apenas um caminho para a liderança excelente e não somente a liderança carismática como é historicamente enfatizada, vez que a liderança excelente pode também surgir a partir da liderança ideológica ou pragmática. As diferentes condições operacionais, como o meio ambiente e o grupo organizacional influenciam o surgimento de líderes destes três tipos.

Bedell-Avers et al. (2008) descrevem que os líderes carismáticos empregam uma visão de futuro dentro dos seus modelos mentais e esta visão é formada para indicar aos subordinados que esta visão levará a um futuro mais positivo, de maneira quase utópica, e têm surgido mais na arena política; os líderes pragmáticos são focados e orientados para a resolução de problemas, por meio de uma persuasão racional, e são mais encontrados em ambientes de negócios; já os líderes ideológicos são fundamentados em corrigir erros e eventos anteriores, dando ênfase mais no passado que no futuro para orientar seus seguidores, têm forte compromisso com as suas crenças pessoais e são mais encontrados nos domínios da justiça social.

Embora o modelo carismático tenha produzido resultados interessantes, alguns pesquisadores têm observado que nem todos os líderes operam de forma tradicionalmente carismática, mas mesmo assim conseguem atingir resultados excepcionais. Alguns pesquisadores sugerem que a abordagem carismática pode ser limitante em algumas circunstâncias, sugerindo que as pragmáticas podem ser mais eficazes em situações caracterizadas pela incerteza (Bedell-Avers et al. 2008).

De acordo com House (1977), o líder carismático é aquele que apresenta os efeitos carismáticos em um grau excepcionalmente alto, demonstrando elevada autoconfiança, domínio e convicção na integridade moral de suas crenças. A publicação original da Teoria Caminho-Objetivo de Robert House para eficácia do líder data de 1971, quando abordou duas classes gerais de comportamento do líder: o comportamento diretivo esclarecedor do caminho-objetivo e o comportamento para satisfação das necessidades do subordinado (Cury 1999).

A partir das proposições desta teoria, House et al. (1997) desenvolveram a Escala de Liderança Carismática Socializada, que foi traduzida no Brasil por Cury (1999), dando início aos estudos para sua validação. Composta de 16 subescalas, objetiva medir as características do líder nas dimensões carismática e instrumental.



Kets de Vries (1997) destaca que estas dimensões se referem aos papéis que os líderes devem desempenhar. O papel carismático estaria ligado à dimensão simbólica e imaginária do trabalho de dirigente, ou seja, na forma como ele concede o poder e fornece energia a seus subordinados. O instrumental diz respeito à visão do líder como arquiteto organizacional, no sentido de como ele projeta, estrutura e controla a organização.

A compreensão da liderança no setor público de saúde deve considerar que seu exercício é condicionado em parte pelo processo de trabalho, distribuição do poder, pelas características do modelo gerencial e, em particular, pelo nível de autonomia do dirigente. Assim, o estilo de liderança é resultante não somente dos elementos relacionados às características dos indivíduos, com também do contexto onde ela se realiza (Azevedo 2002).

No âmbito da gestão pública da saúde o tema liderança pouco tem sido explorado no Brasil, constituindo-se em lacuna importante para a resolução dos problemas vivenciados nos serviços públicos de saúde (Azevedo 2002). Não foram encontrados estudos brasileiros sobre a liderança carismática em serviços de vigilância sanitária, porém, em âmbito nacional e internacional o tema liderança tem sido abordado, com foco em diferentes tipos de análises, como a liderança em instituições de saúde (Blegen & Severinsson 2011, Caruana 2008, García & Santa-Bárbara 2009, Amestoy et al. 2009, Amestoy et al. 2010a, Moura et al. 2010, Santos & Castro 2008, Snell & Dickson 2011, Amestoy et al. 2010b, Vargas et al. 2012, Smith et al. 2012, Dickson 2009, Furtado et al. 2011).

Adotando totalmente ou em parte o modelo para medida da liderança carismática socializada desenvolvido por House et al. (1997) para medir as características do líder nas dimensões liderança carismática e liderança instrumental, no âmbito brasileiro, estão os estudos de Dela Coleta e Dela Coleta (1998), Cury (1999), Cristaldo (2002), Carvalho (2002), Pinto (2002) e Pinto (2005). Encontraram que as características do líder mediantemente desejáveis pertencem ao líder carismático (Dela Coleta & Dela Coleta 1998) e que, de modo geral, os líderes avaliados apresentam com mais intensidade as características compromisso, satisfação e eficácia da equipe (Cury 1999); confiança nos seguidores (Cristaldo 2002); autoconfiança e determinação (Cristaldo 2002, Pinto 2005); expectativas de desempenho (Cristaldo 2002, Carvalho 2002), integridade e reconhecimento contingente (Carvalho 2002, Pinto 2002); e visão (Carvalho 2002).

Mesmo diante de limitações encontradas na ampla literatura disponível sobre a existência de estudos sobre a liderança carismática no setor da saúde e, principalmente, na área da vigilância sanitária, é importante reconhecer as contribuições que estes proporcionaram para a compreensão do processo de liderança e para o desenvolvimento de pesquisas nestas áreas.

### **1.1.3. Contexto de trabalho nas organizações**

O contexto ou condições de trabalho nas organizações engloba aspectos organizacionais do trabalho, bem como as condições do ambiente físico e social, e tem se constituído em um conceito chave na concepção de saúde. De modo geral, o contexto de trabalho influencia a satisfação e o bem-estar dos trabalhadores (Ferreira & Mendes 2008, Danna & Griffin 1999, Paschoal & Tamayo 2008, Sousa & Dela Coleta 2012) e constitui-se em causa de estresse, sintomas psicossomáticos e doenças profissionais (Dela Coleta & Dela Coleta 2008, Rangel & Godoi 2009, Garcia et al. 2010), podendo prejudicar a qualidade de vida (Andrade et al. 2011) ou mesmo provocar transtornos mentais e do comportamento (MS/CSM/CGAB 2003, Nascimento Sobrinho et al. 2006, Braga et al. 2010) com consequências organizacionais, tais como o absenteísmo e a baixa produtividade (Danna & Griffin 1999).

No setor de prestação de serviços de saúde, o bem-estar no trabalho e a satisfação do trabalhador, além de serem benéficos à própria saúde do profissional, podem resultar em melhor assistência ao paciente (Martins et al. 2007, Lima Júnior et al. 2009) e, por consequência, das suas condições de saúde, com reflexos em sua qualidade de vida.

Inexistem na literatura concepções claras sobre o conceito de bem-estar no trabalho, com a adoção de definições diversas pelos pesquisadores do tema. Para Siqueira e Padovam (2008) é um construto multidimensional que integra três componentes: satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Para Paschoal e Tamayo (2008), o bem estar no trabalho constitui-se na “a prevalência de emoções positivas no trabalho e a percepção do indivíduo de que, no seu trabalho, expressa e desenvolve seus potenciais/habilidades e avança no alcance de suas metas de vida” (p.16).

A avaliação do contexto de trabalho é requisito fundamental para a implementação de mudanças que possam promover o “bem-estar no trabalho, a eficiência e a eficácia dos processos produtivos” (Ferreira & Mendes 2008 p.111).

As condições de trabalho envolvem o ambiente físico geral e do posto de trabalho, os equipamentos e materiais utilizados e, tratando-se de instituições relacionadas com a saúde, é preciso levar em conta o tamanho, número de funcionários, local onde está situada, orçamento, entre outros fatores importantes.

Outro tema explorado no contexto de trabalho é a organização do trabalho, que envolve a divisão das tarefas, as normas, os controles e ritmos do trabalho, o nível de especialização do trabalhador e o trabalho em equipe. Os problemas de gestão e organização do trabalho têm sido um dos principais identificados nas avaliações de trabalhadores sobre seu contexto de trabalho (Leal et al. 2012).

Uma análise da organização do trabalho em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou de reabilitação, pela sua complexa configuração, implica em considerar os diferentes processos de trabalho, bem como as diferenças institucionais existentes e tem se constituído em tema de debate crescente nos últimos anos. No entanto, as mudanças ainda são embrionárias e insuficientes para apontar uma direção para a gestão e organização do trabalho em saúde (Matos & Pires 2006).

Sob o tema relações socioprofissionais ou relacionamento no trabalho tem sido estudada a qualidade do relacionamento profissional e social dos trabalhadores entre si, com o chefe imediato e com a equipe, o estilo de comunicação e a interdependência.

A preocupação com o bem-estar dos trabalhadores é característica das instituições socialmente responsáveis e que buscam líderes centrados nas pessoas, vez que seus comportamentos influenciam a presença ou ausência de riscos psicossociais. A clareza dos objetivos e da tomada de decisão, bem como a qualidade da comunicação são fatores de proteção que promovem a saúde, a satisfação e o bem-estar no trabalho, reduzindo os riscos psicossociais (Contresas et al. 2010).

Ferreira e Mendes (2008), preocupados em identificar as representações que os trabalhadores fazem do seu contexto de trabalho, no que tange às condições, à organização e às relações socioprofissionais de trabalho, desenvolveram um instrumento apoiado no conceito de Contexto de Produção de Bens e Serviços. Este conceito é constituído de três dimensões independentes que resultaram na definição dos fatores componentes da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e que fornece as

bases para a compreensão das atividades de trabalho dos indivíduos, “enquanto estratégias de medição individual ou coletiva empregadas na gestão das exigências presentes no contexto de trabalho” (p.113-114).

Nas instituições públicas em geral, prestadoras de serviços de saúde ou de outros serviços, o contexto de trabalho tem evidenciado carências de recursos de toda natureza para atender suas necessidades, em face das estruturas precárias da grande maioria delas (Lima Júnior et al. 2009) e da indisponibilidade de equipamentos e instrumentos necessários às atividades fins (Pinto et al. 2010). No âmbito da saúde, as condições de trabalho são inadequadas, existe falta de qualificação profissional, baixos salários, quadros insuficientes de pessoal, maior exposição a fatores de risco para a saúde e a convivência de funcionários sob regimes de trabalho diversos (Lima Júnior et al. 2009). Também são comuns problemas com a gestão ou organização do trabalho e dificuldades de relacionamento com a equipe, que afetam o bem-estar laboral (Sousa & Dela Coleta 2012).

Referentemente à organização do trabalho na área da saúde, os estudos encontraram dificuldades atreladas à forma de contratação, à falta de infraestrutura, à dificuldade de trabalhar em equipe e à falta de especialização dos trabalhadores das equipes de estratégias de saúde da família (Marqui et al. 2010); diversificação do vínculo empregatício, desproteção social e condições de trabalho desfavoráveis na área de saúde mental (Jorge et al. 2007); insatisfação com a chefia, com colegas, relativa aos horários e autopercepção de pouco controle e oportunidade de decisão sobre o seu trabalho, má organização de turnos e horários e ritmo acelerado de trabalho entre trabalhadores da atenção básica (David et al. 2009); a forma como se encontra organizado o trabalho dos profissionais da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento a usuários em situações de urgência e emergência interfere na qualidade e eficácia do atendimento às urgências (Garlet et al. 2009); assim como a prática interdisciplinar aproxima-se de novas formas de organização do trabalho, favorecendo o vínculo, o acolhimento, o acesso e contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência (Matos et al. 2009).

São raros os estudos no contexto da vigilância sanitária. O de Bastos et al. (2011) analisou as facilidades e dificuldades no exercício da vigilância sanitária de farmácias em Salvador, Bahia. Entre as condições facilitadoras foram identificados a experiência profissional e qualificação dos servidores para o trabalho, os aspectos de infraestrutura, organização do trabalho e gestão, condições físicas e instrumentais de

trabalho, a organização do trabalho em equipe, o apoio político-administrativo por parte da gestão da secretaria municipal de saúde, a regulação sanitária e a realização de ações conjuntas com outros órgãos, assim como a divulgação das ações para conferir maior visibilidade ao trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária. Os principais fatores que dificultam as atividades foram a composição deficitária das equipes, a insuficiente capacitação técnica, limitações para acompanhar a dinâmica do mercado farmacêutico, a deficiência na infraestrutura, falta de padronização de procedimentos e inexistência de setor jurídico formalizado.

Entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal foram identificados processos de trabalho caracterizados pela divisão entre formuladores e executores, tarefas repetitivas, fiscalização do desempenho, fragilidade nas comunicações, insuficiências de recursos para a realização das tarefas que causam custos físicos, cognitivos e afetivos relacionados aos esforços para cuidar dos usuários, resultando em condições e organização do trabalho críticas e, ainda, relações sócio-profissionais graves no âmbito do contexto do trabalho (Shimizu 2011).

Já entre enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado foram verificados riscos severos à saúde em termos da organização do trabalho, riscos moderados à saúde em termos de relações sócio-profissionais e baixo risco para o adoecimento profissional em face de melhores condições de trabalho (Campos & David 2011). Ambos os estudos utilizaram a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT de Ferreira e Mendes (2008), que avalia o contexto de trabalho em função dos resultados positivos, produtores do bem-estar no trabalho, ou negativos, produtores de mal-estar no trabalho, com risco de adoecimento.

Em face das evidências sobre a importância do contexto de trabalho como componente do comportamento organizacional e das deficiências encontradas nos estudos desenvolvidos no âmbito da saúde que abordam este constructo, é importante agregar o estudo desta variável em processos investigativos desenvolvidos na área da vigilância sanitária a fim de produzir conhecimentos que possam subsidiar a tomada de decisão para o setor.

#### **1.1.4. Comprometimento Organizacional**

O tema comprometimento no trabalho, em especial o comprometimento organizacional, tem sido objeto de estudos e interesse crescentes a partir do final da década de 1970, o que tornou o assunto um dos mais investigados no campo do comportamento organizacional (Bastos et al. 2008). O comprometimento organizacional tem evoluído conceitualmente nesse período e criado controvérsias sobre a natureza dos vínculos empregado-organização (Medeiros et al. 2005).

A pesquisa sobre comprometimento organizacional apresenta diversidade de definições e modelos teóricos que tem gerado uma gama de instrumentos de medida e resultado em fragmentação e redundância de conceitos. Morrow, em 1983, identificou 29 conceitos e medidas atribuídas ao comprometimento e os organizou em cinco grandes focos: valores, organização, carreira, trabalho e sindicato. Assim, existem múltiplos “focos ou partes do contexto que podem ser alvo do vínculo do indivíduo, dentro e fora do ambiente de trabalho” (Bastos et al. 2008 p.49). Para compreender as questões conceituais, teóricas e empíricas que envolvem o comprometimento no trabalho, pesquisadores têm considerado em seus estudos esses diferentes focos, assim como as bases do comprometimento (afetivo, normativo, de continuação, afiliativo, alienativo, moral, calculativo etc.) (Rodrigues & Bastos 2010).

A maneira de descrever a presença de mais de uma base do comprometimento é encontrada de forma distinta na literatura. Mowday et al. (1982) denominam de tipologias do comprometimento, enquanto Becker (1982) atribui às diversas dimensões como bases do comprometimento; Meyer e Allen (1991) chamam-nas de componentes do comprometimento e afirmam ser esta a denominação mais apropriada para descrever as dimensões do comprometimento, vez que as relações empregado-organização refletem os diversos graus de cada um desses componentes (Medeiros et al. 2005).

Mesmo com a variabilidade dos estudos sobre o comprometimento e correspondentes definições, os pesquisadores do tema concordam que em todas elas há uma força que estabiliza e coage, que dá direção ao comportamento, como por exemplo, restringe a liberdade, liga a pessoa a um curso de ação, ficando a diferença relacionada a aspectos como a natureza ou a origem dessa força que direciona o comportamento (Bastos et al. 2008).

Meyer e Allen (1990, 1991, 1997) estabeleceram as bases teóricas do modelo de três componentes do comprometimento, formado pelas bases afetiva, normativa e de continuação (instrumental), e admitiram, ao concluírem seus estudos, não haver clareza de que os mesmos são os únicos elementos constitutivos relevantes do comprometimento, havendo necessidade de mais pesquisas para identificar aqueles que melhor representem este construto.

O modelo de três componentes do comprometimento organizacional estabelecido por Meyer e Allen (1991) é o que tem tido maior aceitação entre os pesquisadores, sendo estes autores reconhecidos como os mais importantes da década de 1990 na pesquisa sobre o tema por terem operacionalizado as diversas teorias existentes até então sobre o comprometimento organizacional (Mathieu & Zajac 1990, Bastos et al. 1997, Tamayo et al. 2001, Medeiros et al. 2005, Cavalcante et al. 2011). Validado em diversas culturas, o modelo possui os seguintes componentes:

a) Comprometimento afetivo, no sentido de ser o comprometimento um apego, um envolvimento, onde ocorre a identificação com a organização, de forma que os empregados com forte comprometimento afetivo permanecem na organização porque eles querem;

b) Comprometimento de Continuação, tratado na literatura como Instrumental, referente ao comprometimento percebido como custos associados a deixar a organização, de forma que empregados comprometidos instrumentalmente permanecem porque eles precisam, ou seja, o indivíduo permanece na empresa (adota uma ação consistente) devido à percepção dos custos ou perdas associados a sua saída. O comprometimento do empregado com a organização é representado comportamentalmente e decorre de um processo avaliativo que o indivíduo realiza comparando seus investimentos, os resultados obtidos na organização e os custos associados à sua saída, a partir do qual determinaria a ação de permanecer ou não na organização;

c) Comprometimento Normativo, definido inicialmente por Obrigação, em que o comprometimento é tido como uma obrigação em permanecer na organização, reconhecendo que empregados com comprometimento normativo permanecem porque eles sentem que são obrigados. Contrapondo os enfoques instrumental e afetivo, o vínculo normativo constitui-se de um conjunto de pensamentos, de reconhecimento, de obrigações e deveres morais para com a organização, estes associados a sentimentos de culpa, incômodo, apreensão e preocupação a partir do momento que o empregado pensa

ou planeja deixar a organização. Vista como uma obrigação em permanecer na organização, esta abordagem tem sido menos comum.

O modelo de três componentes do comprometimento organizacional originário de Meyer e Allen foi validado no Brasil por Medeiros e Enders (1998) e Bandeira et al. (2000), no entanto estes encontraram índices moderados de consistência interna para os três componentes da teoria e baixo percentual de variação total explicada, denotando a existência de indicadores pouco adequados dentro do instrumento (Medeiros et al. 2005).

Reconhecendo a falta de consenso sobre os múltiplos componentes do comprometimento organizacional, assim como sua multidimensionalidade, Medeiros (2003) e Medeiros et al. (2005) realizaram estudos exploratórios dos componentes deste constructo que resultaram no desenvolvimento da Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO), projetada para mensurar sete bases do comprometimento organizacional. A ampliação do número de bases do comprometimento teve origem nos estudos sobre a dimensionalidade das bases do comprometimento instrumental e normativa, pela evidência de que estas bases são integradas por fatores diversos empírica e conceitualmente (Medeiros 2003, Medeiros et al. 2005, Bastos et al. 2008).

Segundo Medeiros (2003) algumas bases do comprometimento organizacional apresentam relação diretamente proporcional ao desempenho da organização, enquanto outras são inversamente proporcionais. Assim, nas bases afetiva, afiliativa, obrigação em permanecer e obrigação pelo desempenho é importante para o desempenho de um alto comprometimento, enquanto que nas bases instrumentais, escassez de alternativas, linha consistente de atividade e falta de recompensas e oportunidades é importante que o comprometimento seja baixo.

Quanto aos antecedentes do comprometimento organizacional, são encontrados estudos buscando respostas a partir das variáveis pessoais e organizacionais. As características individuais, categorizadas como micro-organizacionais, como as biográficas, as habilidades, a aprendizagem, os valores, a percepção, a tomada de decisão, personalidade e atitudes eram as mais frequentes estudadas no campo do comportamento organizacional (Bowditch & Buono 1992). Sobre a influência das variáveis de nível individual no comprometimento organizacional, uma síntese dos estudos aponta que as características individuais podem



explicar a diferença de desempenho e de comportamento de um indivíduo para outro (Medeiros & Enders 2002).

No tocante às características biográficas, uma meta-análise de Mathieu e Zajac (1990) concluiu que maior comprometimento foi encontrado entre trabalhadores com mais idade, mais tempo na empresa, menor nível educacional e locus de controle mais externo. Em uma revisão realizada por Bastos (1993) foi encontrado que o comprometimento era maior quanto maior fosse a idade, o tempo de empresa, o nível ocupacional e a remuneração, bem como ser do sexo masculino e ter baixo nível educacional. Também já foi identificado maior comprometimento entre pessoas do sexo feminino (Medeiros & Enders 2002) e com alto nível de escolaridade (Tejos-Saldiva 2006), bem como menor comprometimento entre pessoas casadas (Joiner & Bakalis 2006). Tal inconsistência de resultados deve-se às características de cada trabalho e das amostras e ao tipo de comprometimento avaliado, se afetivo, normativo ou calculativo.

Medeiros (2003) buscou estabelecer relações do comprometimento com as características organizacionais (antecedentes) e com o desempenho (consequente). Encontrou que a confiança, descentralização e trabalho em equipe influenciam positivamente o comprometimento e o desempenho; que atributos organizacionais como hierarquização, especialização dos cargos e rigor pelos resultados acarretam a diminuição do comprometimento e do desempenho dessas organizações. Conclui que o comprometimento organizacional leva as organizações a um melhor desempenho.

Estudo realizado em uma instituição pública menciona a imagem que se tem do setor público e a correspondente contribuição que o comprometimento dos servidores possui como fator de envolvimento com a instituição. O funcionalismo é visto como ineficiente em face de alguns fatores como o aparato burocrático e falta de envolvimento das pessoas com os objetivos organizacionais, estas inseridas nos diferentes níveis hierárquicos, além de práticas como o clientelismo, patronismo e paternalismo, o que interfere no padrão de conduta do servidor. As contribuições existentes sobre o comprometimento no setor público são oriundas de estudos de casos variados em organizações desta natureza, com foco na abordagem multidimensional do comprometimento, com destaque para as instituições de ensino onde há predominância do conservadorismo, em especial no que se refere às políticas de recursos humanos e a resistência à adoção de medidas que incentivem a participação dos servidores da área técnico-administrativa nas decisões organizacionais (Campos et al. 2009, Basso & Antoni 2009). O comprometimento com a organização e o trabalho dos diferentes

profissionais da Estratégia de Saúde da Família em uma Gerência Regional de Saúde de Santa Catarina foi avaliado, sendo identificados seis padrões de comprometimento/descomprometimento com a organização e com o trabalho, a partir da combinação destes elementos. Os indivíduos comprometidos apresentavam satisfação com as políticas de recursos humanos e com as dimensões do escopo do trabalho, diferentemente dos não comprometidos, que se mostraram insatisfeitos com ambos os conjuntos de variáveis. Foi evidenciada a precariedade do trabalho pela associação entre o vínculo empregatício e a díade de comprometimento (organização e trabalho) (Sanches et al. 2010).

Adotando a concepção de comprometimento afetivo de Mowday et al. (1979), que enfatiza a natureza do processo de identificação do indivíduo com os objetivos e valores da organização, e a escala reduzida proposta por Bastos (1994), um estudo analisou o comprometimento organizacional de servidores públicos ligados às atividades de saúde, educação e segurança (Flauzino & Borges-Andrade 2008). O comprometimento dos servidores foi caracteristicamente afetivo e vinculado à missão institucional percebida e não à missão real; altos níveis de comprometimento afetivo foram identificados entre os servidores da área de segurança, quando comparada às áreas da saúde e educação, embora isso possa ter ocorrido em função do nível de escolaridade mais baixo entre os profissionais da segurança.

Diversos são os estudos brasileiros envolvendo a variável comprometimento organizacional, porém desenvolvidos no âmbito da vigilância sanitária não foram identificados. Uma revisão daqueles que utilizaram a Escala Bases do Comprometimento Organizacional – EBACO (Medeiros 2003, Medeiros et al. 2005, Bastos et al. 2008), que avalia sete dimensões do comprometimento, mostra a predominância de certas bases em amostras brasileiras. Os resultados dos estudos encontraram alto comprometimento relacionado com a obrigação pelo desempenho (Nogueira 2011, Holleben 2012, Campos 2011, Kuabara & Sachuk 2010, Santos 2010, Aquino 2010, Pena 2009, Halla 2010, Sousa 2010); alto nível ou acima da média no comprometimento afetivo (Nogueira 2011, Campos 2011, Kuabara & Sachuk 2010, Santos 2010, Pena 2009, Halla 2010, Sousa 2010), bem como baixo comprometimento nas bases obrigação em permanecer na organização, manter linha consistente de atividades para permanecer na organização, perceber falta de recompensas e oportunidades pela organização e escassez de alternativas de trabalho fora dela (Nogueira 2011, Campos 2011, Santos 2010, Pena 2009, Halla 2010). As bases

afiliativa (Aquino 2010, Sousa 2010) e escassez de alternativas (Holleben 2012) tiveram níveis acima da média em alguns dos estudos revisados, assim como na base linha consistente de atividade (Aquino 2010). O baixo comprometimento na base afiliativa também foi encontrado (Santos 2010, Halla 2010).

Entre estudos que utilizaram a escala EBACO, os resultados mostram diferenças entre grupos divididos em função de suas características pessoais, porém os resultados mais consistentes referem-se à idade e ao tempo de empresa, de modo que, em geral, o comprometimento afetivo, afiliativo, o sentimento de obrigação em permanecer e a crença de que devem manter uma linha consistente de atividades para permanecer no trabalho são encontrados em trabalhadores mais idosos e com maior tempo de serviço, enquanto a obrigação pelo desempenho é mais acentuada em trabalhadores com pouco tempo de contrato (Aquino 2010, Fagundes 2011, Santos 2010). Diferenças de comprometimento entre sexos ou estado civil não têm sido consistentes entre os estudos, já o nível de escolaridade pode diferenciar os trabalhadores na medida em que o grupo de nível mais baixo percebe maior obrigação em permanecer e escassez de alternativas de trabalho fora do emprego atual (Santos 2010, Holleben 2012). A remuneração também está associada ao comprometimento, de modo a suscitar naqueles que recebem baixos salários a percepção de que a empresa não lhes oferece recompensas e oportunidades, gerando maior desejo de trabalhar em outro emprego (Fagundes 2011).

Sobre a importância das características individuais para o comprometimento organizacional não se encontra unanimidade entre os autores, com alguns sustentando o impacto das características pessoais, além das estruturais e do trabalho, a experiência laboral e a estrutura organizacional (Mowday et al. 1979 & 1982, Mathieu & Zajac 1990) e outros refutando tal impacto pela inconsistência dos resultados obtidos nos estudos já realizados (Mottaz 1988).

Entender o comprometimento das pessoas em instituições públicas é importante no sentido de serem desenvolvidas práticas de recursos humanos que retenham funcionários que possam contribuir para a melhor eficiência e produtividade institucional e melhor atender às necessidades dos cidadãos. Isso em função do pressuposto que guia a maior parte da pesquisa sobre o tema no sentido de que altos níveis de comprometimento do indivíduo com a organização é altamente positivo ou benéfico para ambos (Bastos 1993), resultando em um melhor desempenho organizacional (Medeiros 2003).

## 2. JUSTIFICATIVA

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) enfrenta dificuldades na implementação das ações no âmbito descentralizado, como na organização dos serviços que, de modo geral, apresenta graves problemas estruturais, e estes, aliados aos recursos orçamentários incipientes e às pressões políticas, à insuficiência e falta de capacitação dos recursos humanos, resultam em dificuldades no cumprimento das suas funções e competências dentro do Sistema (CONASS 2007).

A realidade vivida pelos estados e municípios brasileiros apresenta uma atuação sem uma visão ampla do risco, com ações voltadas quase exclusivamente para o controle e fiscalização de produtos e serviços, sem abarcar o ambiente e a saúde dos trabalhadores, com organização dos serviços de forma fragmentada, sem integração das áreas de atuação e, menos ainda, sem planejamento com foco nas prioridades e necessidades locais de saúde (Costa 2000, Magalhães & Freitas 2001). Existem disparidades entre os municípios de diferentes portes, com necessidades sanitárias distintas em face da diversidade do perfil econômico, territorial, produtivo, político e sociocultural (ANVISA 2004).

Para superar as dificuldades, os gestores e planejadores do setor carecem de instrumentos a partir dos quais possam tomar decisões e a criação da cultura de avaliação, incorporada à rotina das organizações de saúde, é uma importante ferramenta alicerçada em conhecimentos científicos. Mesmo com os diferentes posicionamentos e necessidades diversas dos atores participantes do complexo sistema de saúde, os resultados da avaliação têm a capacidade de influenciar positivamente a tomada de decisão, seja no processo de melhoria da qualidade da saúde, ou na formação e no aprendizado desses profissionais quanto ao entendimento dos determinantes das suas decisões e das suas práticas (Contandriopoulos 2006).

Reconhecendo a importância das ações de vigilância sanitária na prevenção e eliminação de riscos e à proteção da saúde da população; que os profissionais de vigilância sanitária municipais exercem papel fundamental no processo de viabilização e implementação das políticas instituídas no âmbito do SUS; que a avaliação é um instrumento de diagnóstico institucional e que pode ser usado como ferramenta de gestão na área da vigilância sanitária; as carências e dificuldades diversas enfrentadas pelo setor; que são inúmeras as variáveis que podem influenciar nos resultados do desempenho da vigilância sanitária; que a incidência de doenças constitui-se em atributo

que pode ser utilizado na avaliação do impacto/efetividade dessas ações; realizou-se este estudo no âmbito da vigilância sanitária de municípios goianos. Buscou-se desenvolver um modelo de investigação que abarcasse uma gama de variáveis constituintes do comportamento organizacional, com o intuito de identificar as suas possíveis interferências nos resultados do desempenho deste importante componente do SUS.

Considera que o estudo do comportamento organizacional constitui-se em ferramenta eficaz no diagnóstico de fatores que podem influenciar nos processos de gestão das organizações e, no caso da saúde, contribuir para a tomada de decisões que possam resultar na melhoria das condições de oferta dos serviços à população.

Admite que melhorias nos padrões de saúde de qualquer população encontram-se associadas a mudanças importantes nas condições e modos de vida das sociedades, cuja maioria dos determinantes é externa às ações típicas do setor de saúde (Barreto & Carmo 2007), mas que são as decisões dos gestores, tomadas no seio das organizações, que farão as diferenças nos resultados das intervenções instituídas nas políticas públicas de saúde.

No entanto, a persistência de estruturas ambientais urbanas frágeis, a falta de soluções para as questões de estrutura básica, assim como a manutenção de condições e modos de vida inadequados e a insuficiência de mecanismos de regulação dos danos ao meio ambiente são fatores que resultam na sobreposição de riscos de adoecimento da população (Barreto & Carmo 2007). Adicionam-se a isso outros fatores como aqueles relacionados à evolução tecnológica e ao envelhecimento da população que também contribuem para o aumento das desigualdades intraurbanas e a degradação da qualidade de vida da população mais vulnerável, o que amplia os riscos de ocorrência de várias doenças e consequente aumento da morbi-mortalidade (Risi Júnior & Nogueira 2002).

Há necessidade de reduzir as iniquidades sociais para conseguir alcançar melhorias nos padrões dos quadros globais de saúde da população brasileira, vez que mesmo que modestas, quando os padrões de desigualdades são alterados há efeitos diretos nos níveis de saúde da população (Risi Júnior & Nogueira 2002). Como exemplo, a melhoria do acesso aos serviços de saúde e o suprimento de água e esgotamento sanitário são conhecidos em termos de melhorias das condições de saúde pela diminuição de uma enormidade de doenças infecciosas (Barreto & Carmo 2007).

Mesmo com melhorias significativas nas condições de saúde da população brasileira, como o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas, evidencia-se o surgimento outras questões com implicações para o desenvolvimento de políticas e organização dos serviços de saúde. A violência e as doenças e agravos à saúde de origem ambiental e ocupacional, o resurgimento de doenças, a persistência de velhas endemias, o aumento das doenças crônicas e degenerativas, aliado às deficiências generalizadas nos sistema de assistência à saúde, com demanda crescente, são exemplos desses agravos (Barreto & Carmo 2000, Barreto e Carmo 2007, Barreto et al. 2011). Há a persistência de doenças concentradas em bolsões de populações pobres e das doenças negligenciadas causadas por carências nutricionais que apontam para a importância da implementação de ações no fortalecimento do sistema de vigilância e na capacidade de respostas às urgências epidemiológicas (MS/SE/SPO 2011).

A despeito do grande aporte de recursos por meio dos programas governamentais (Bahia et al. 2007), o processo de gestão do SUS apresenta deficiências que comprometem a qualidade dos serviços de saúde, como o da falta de gestão profissionalizada, seja pela inexistência de profissionais qualificados ou exercício das múltiplas e complexas tarefas, ou pela persistência das indicações políticas para os cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema público de saúde (Paim & Teixeira 2007).

No âmbito da vigilância sanitária, o trabalho apresenta especificidades que são inerentes aos elementos que compõem os seus processos históricos e conceituais de seus objetos e objetivos. Assim, para exercer a interdependência e intercomplementaridade como princípios das suas práticas de atuação para o controle sanitário há necessidade de condições de trabalho adequadas, organização do trabalho que atenda às reais demandas do seu campo de atuação e promoção de relações socioprofissionais que permitam que seus integrantes realizem efetivamente suas funções.

Também, a liderança é componente importante no processo de enfrentamento das mudanças que se fazem necessárias nas organizações de saúde, cujo desafio dos dirigentes do setor na implementação de modelos inovadores de assistência e de gestão é conseguir o compromisso, a participação e adesão dos funcionários a um projeto que resulte em mudanças na organização da assistência. Os sistemas de saúde são complexos, o trabalho profissional altamente especializado e de mensuração difícil,

requerendo autonomia na sua execução e gerando um ambiente propício ao conflito e exige um processo de negociação permanente. Há tendência de os serviços se comportarem de maneira independente, com possibilidade de geração de disputas internas entre os grupos, o que torna o processo decisório um grande desafio e reforça a importância do papel da liderança (Azevedo 2002).

Por outro lado, entender o comprometimento das pessoas em instituições públicas é importante no sentido de serem desenvolvidas práticas de recursos humanos que retenham funcionários que possam contribuir para a melhor eficiência e produtividade institucional e melhor atender às necessidades dos cidadãos. Isso em função do pressuposto que guia a maior parte da pesquisa sobre o tema no sentido de que altos níveis de comprometimento do indivíduo com a organização é altamente positivo ou benéfico para ambos (Bastos 1993), resultando em um melhor desempenho organizacional (Medeiros 2003).

Espera-se que a abordagem metodológica adotada neste estudo possa, como contribuição fundamental, abrir caminho para a compreensão da importância dos aspectos organizacionais como componentes influenciadores dos resultados de desempenho da VISAM e das suas ações para o processo de melhoria das condições de saúde da população.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

3.1.1. Descrever o serviço da vigilância sanitária de municípios goianos (VISAM) e avaliar, na percepção dos profissionais gestores e fiscais da área, aspectos relacionados aos resultados da gestão, aos processos de liderança, ao comprometimento organizacional e ao contexto de trabalho, bem como verificar a existência de associações entre as características organizacionais da VISAM e de alguns indicadores socioeconômicos dos municípios participantes do estudo com os coeficientes de detecção média anual de doenças e agravos de notificação compulsórios confirmados no período de 2006 a 2010.

#### **3.2. Objetivos específicos**

3.2.1. Construir e validar os instrumentos para a medida das variáveis que não se encontrarem disponíveis na literatura.

3.2.2. Descrever as condições da estruturação do trabalho da VISAM, na amostra estudada, para o exercício da gestão das ações de prevenção e de gerenciamento do risco sanitário, na percepção dos profissionais gestores da área.

3.2.3. Verificar os níveis de comprometimento organizacional na amostra de fiscais trabalhadores da VISAM e analisar as possíveis relações destes níveis com características pessoais e profissionais desta amostra.

3.2.4. Analisar a estruturação da VISAM nos municípios amostrais, na percepção dos fiscais, focalizando os seus processos de trabalho, as condições e organização do trabalho, as relações sócio-profissionais, o estilo de liderança desempenhado pelos seus gestores e os resultados da gestão de pessoas e processos, bem como relacionar estas avaliações entre si.

3.2.5. Avaliar em que medida as características estruturais e funcionais da VISAM na amostra estudada, assim como algumas variáveis socioeconômicas dos municípios inseridos no estudo, se relacionam com os coeficientes de detecção média anual de doenças e agravos de notificação compulsórios confirmados no período de 2006 a 2010.



### **3.3. Modelo do estudo e definição das variáveis**

Para o alcance dos objetivos propostos foi desenvolvido o modelo selecionando as variáveis que se pretendia investigar e gerando algumas hipóteses:

Hipótese 1: o comprometimento organizacional dos trabalhadores fiscais da vigilância sanitária de municípios goianos (VISAM) é diferente em função das características sociodemográficas desses profissionais.

Hipótese 2: o contexto de trabalho da VISAM, conforme avaliado pelos fiscais, está associado com aspectos da gestão de pessoas e processos.

Hipótese 3: o estilo de liderança exercido pelos gestores da VISAM, em suas dimensões carismática e instrumental, conforme avaliado pelos fiscais, está associado com aspectos da gestão de pessoas e de processos.

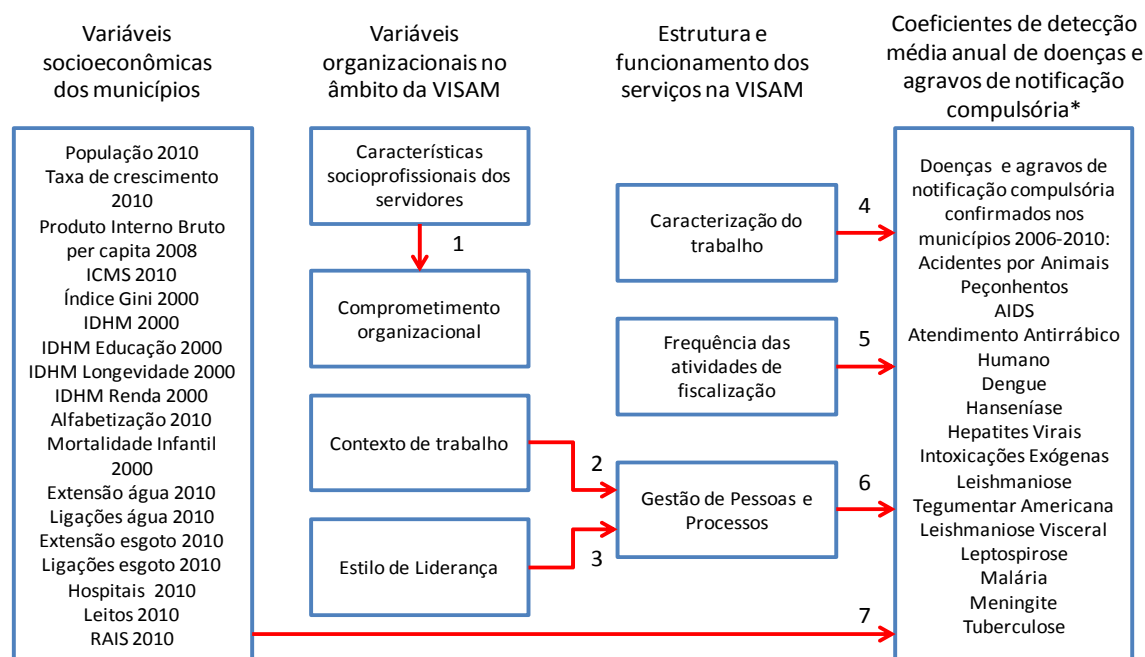
Hipótese 4: a caracterização do trabalho da VISAM, conforme informado pelos gestores, está associada com os coeficiente de detecção média anual das doenças e agravos de notificação compulsória confirmados no período 2006-2010 nos municípios integrantes do estudo.

Hipótese 5: a frequência da realização de atividades de fiscalização, conforme informado pelos fiscais da VISAM, está associada com os coeficientes de detecção média anual das doenças e agravos de notificação compulsória confirmados no período 2006-2010 nos municípios integrantes do estudo.

Hipótese 6: os aspectos da gestão de pessoas e processos, avaliados pelos fiscais da VISAM, estão associados com os coeficiente de detecção média anual das doenças e agravos de notificação compulsória confirmados no período 2006-2010 nos municípios integrantes do estudo.

Hipótese 7: os indicadores socioeconômicos dos municípios integrantes do estudo possuem associação com os coeficientes de detecção média anual das doenças e agravos de notificação compulsória confirmados no período 2006-2010 nestes municípios.

O modelo de investigação que integra as variáveis e hipóteses está graficamente representado na Figura 3.1.



\*Medido pelo número médio de casos de doenças e agravos de notificação compulsória confirmados nos municípios participantes do estudo no período 2006-2010 / número de habitantes do município X 100.000

\*As setas e os números indicam as hipóteses testadas neste estudo

Figura 3.1. Modelo das variáveis do estudo “Avaliação de aspectos organizacionais da vigilância sanitária em uma amostra de municípios goianos na perspectiva de seus trabalhadores”, com indicação das hipóteses verificadas.

A definição das variáveis do estudo encontra-se assim organizada:

- a) **Características socioeconômicas dos municípios:** indicadores demográficos, econômicos, financeiros e culturais dos municípios goianos participantes do estudo;
- b) **Características socioprofissionais dos servidores:** dados biográficos e profissionais dos trabalhadores fiscais participantes da pesquisa;
- c) **Comprometimento organizacional:** sentimento de responsabilidade que os fiscais trabalhadores da VISAM têm que os levam a dispor de esforço considerável em benefício da instituição e a desejarem se manter como membros da mesma, mensurado a partir de sete bases do comprometimento organizacional: afetiva, obrigação em permanecer, obrigação pelo desempenho, afiliativa, falta de recompensas e oportunidades, linha consistente de atividade e escassez de alternativas;

**d) Contexto de trabalho:** as representações que os fiscais trabalhadores da VISAM têm do seu contexto de trabalho, avaliadas em três dimensões interdependentes: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais;

**e) Estilo de Liderança:** a medida das características e comportamentos apresentados pelo gestor da equipe de VISAM na percepção dos fiscais, aferida por meio das seguintes subescalas da liderança carismática e instrumental: autoconfiança e determinação, comunicação inspiradora, confiança nos seguidores, estímulo intelectual, expectativa de desempenho, integridade, justiça, modelagem do papel, visão, compartilhar o poder, consideração, esclarecimento do papel, orientação, orientação da equipe, orientação ao desempenho, reconhecimento do contingente;

**f) Gestão de pessoas e processos:** avaliação dos resultados da gestão de processos e de pessoas, na percepção dos fiscais, relacionada à forma como os objetivos individuais, grupais e organizacionais da VISAM são alcançados;

**g) Caracterização do trabalho:** resultados das avaliações dos gestores da VISAM participantes do estudo sobre as características relacionadas à estruturação e organização do trabalho e à frequência com que atividades consideradas importantes são realizadas na instituição, com foco na execução das ações para a estruturação e fortalecimento da gestão e das ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário;

**h) Frequência de atividades de fiscalização:** medida da frequência com que as atividades são desenvolvidas nas VISAM participantes do estudo, na percepção dos trabalhadores fiscais;

**i) Coeficiente de detecção média anual de doenças e agravos de notificação compulsória:** obtido pela divisão do número médio de casos de doenças e agravos de notificação compulsória confirmados no município integrante do estudo, no período de 2006 a 2010, pelo número total de habitantes e multiplicado por cem mil.

## **4. MÉTODOS**

Para o alcance dos seus objetivos, este estudo lança mão de parte de alguns dos conceitos frequentemente adotados na literatura disponível em processos avaliativos na área da saúde. A abordagem de Donabedian (1984) se faz presente ao se estudar a estruturação, os processos e a avaliação dos resultados do serviço de vigilância sanitária municipal. As associações realizadas entre os resultados das avaliações obtidas com os coeficientes médios anuais de detecção de doenças e agravos de notificação compulsória confirmados nos municípios participantes do estudo acolhem os eixos de causalidade ou impacto do serviço de vigilância sanitária municipal, perspectiva esta abordada no referencial de Habicht et al (1999). Ainda, a pesquisa pode ser caracterizada como “avaliação para decisão”, conforme referenciado por Novaes (2000), em face da busca de se conhecer aspectos organizacionais da VISAM na profundidade necessária para a sua compreensão e identificação de alternativas e soluções positivas com recomendações que possam contribuir para a solução de possíveis problemas identificados.

### **4.1. Amostra**

Definiu-se o campo de estudo abrangendo a vigilância sanitária dos 246 municípios goianos distribuídos nas 16 Regionais de Vigilância em Saúde (RS) da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO) que possuíssem em outubro de 2010 mais de três trabalhadores exercendo as atividades de fiscalização. Em todo o Estado, 53 (21,5%) municípios atendiam a este requisito, a partir do que foram selecionados para compor o campo de estudo. Esses 53 municípios abarcam 75,5% da população do Estado de Goiás, havendo representatividade de grandes e pequenas cidades. Cinco municípios componentes da amostra possuem menos de 10 mil habitantes e dentre os 20 maiores municípios goianos apenas um não foi incluído no estudo por não possuir mais de três fiscais atuando na VISAM no período da seleção da amostra.

As 53 VISAM participantes pertencem a 14 das 16 RS situadas no Estado de Goiás, sendo que apenas a RS Nordeste não contou com participante e a RS Oeste II fez parte por meio das VISAM dos municípios de Palmeiras de Goiás e São Luiz de Montes Belos onde foi realizada a aplicação piloto para validação semântica dos instrumentos. Uma das VISAM selecionadas inicialmente para participar do estudo não

aderiu à pesquisa e foi substituída por outra integrante da mesma RS, porém com somente três fiscais, vez que nenhuma outra situada em Goiás possuía mais de três fiscais trabalhando em sua estrutura por ocasião da coleta de campo. A Tabela 4.1 apresenta a localização das vigilâncias sanitárias dos municípios goianos participantes do estudo segundo a RS a que pertencem e respectivo quantitativo de fiscais que colaboraram voluntariamente na pesquisa.

Tabela 4.1. Distribuição das vigilâncias sanitárias municipais (VISAM) participantes do estudo, segundo a Regional de Saúde a que pertencem no Estado de Goiás, 2011, e respectivos totais de fiscais.

Regional de Saúde	Nº total de municípios no Estado de Goiás	Nº total de municípios participantes (N=53)	Número de fiscais participantes (N=335)	Municípios participantes
Central	25	4	92	Goiânia, Goianira, Nerópolis, Trindade.
Pirineus	12	6	41	Abadiânia, Alexânia, Anápolis, Cocalzinho de Goiás, Padre Bernardo, Pirenópolis.
Entorno Sul	7	6	33	Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto.
Estrada de Ferro	18	6	31	Caldas Novas, Catalão, Corumbáiba, Ipameri, Pires do Rio, Rio Quente.
Sudoeste I	17	5	23	Acreúna, Paranaiguara, Quirinópolis, Rio Verde, São Simão.
Centro Sul	24	5	21	Aparecida de Goiânia, Bela Vista de Goiás, Pirancanjuba, Pontalina, Senador Canedo.
Sul	13	4	21	Cachoeira Dourada, Goiatuba, Itumbiara, Morrinhos.
Sudoeste II	10	2	15	Jataí, Mineiros
Entorno Norte	17	2	14	Formosa, Planaltina de Goiás
São Patrício	26	4	14	Ceres, Goianésia, Jaraguá, Nova América.
Rio Vermelho	15	4	12	Goiás, Itaberaí, Jussara, Mozarlândia.
Norte	13	2	8	Minaçu, São Miguel do Araguaia.
Serra da Mesa	9	2	7	Niquelândia, Uruaçu.
Oeste I	16	1	3	Iporá
Oeste II*	13	-	-	-
Nordeste	7	-	-	-
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>53</b>	<b>335</b>	<b>-</b>

(\*) Esta Regional participou do estudo por meio do teste dos instrumentos realizado em São Luiz de Montes Belos e Palmeiras de Goiás.

A atualização dos dados realizada por ocasião da coleta de campo identificou que, dos 246 municípios goianos, 4 (1,6%) não possuíam a VISAM na estrutura de saúde municipal; 77 (31,3%) possuíam apenas um fiscal trabalhando na VISAM; 75 (30,5%) tinham 2 fiscais; 48 (19,5%) municípios contavam com 3 desses profissionais; e somente 42 (17,1%) municípios goianos contavam com mais de três servidores atuando como fiscais da VISAM. O Estado de Goiás totalizava 814 profissionais fiscais da VISAM distribuídos nos 242 municípios e, dos 53 incluídos no estudo, nem todos contavam com mais de três fiscais em suas estruturas, mas mesmo assim optou-se por mantê-los incluídos no campo de estudo.

Participaram dois grupos distintos de respondentes fornecendo as informações de interesse, um deles constituído pelos fiscais da VISAM e outro grupo formado pelos seus respectivos gestores. Colaboraram 335 fiscais e 53 gestores que responderam voluntariamente os diferentes instrumentos adotados neste estudo.

As características dos 335 fiscais participantes apresentaram equilíbrio em cada grupo de gênero (50,3% no grupo masculino e 49,7% no feminino); a idade distribuiu-se em todas as faixas, com menor concentração (5,7%) na faixa etária até 25 anos; a maioria deles (65,7%) era casada, com nível de escolaridade entre o ensino médio (23,6%) e a pós-graduação (34,3%). Observou-se uma maior distribuição de fiscais com formação superior (63,6%), incluídos aqueles com ensino superior completo e pós-graduação completa e incompleta. As informações profissionais revelaram que a maioria era servidor efetivo da VISAM (71,0%), trabalhava para a mesma por um tempo compreendido entre 1 e 15 anos (79,7%) e não exercia atividade de coordenação, supervisão ou gerência da equipe (82,7%) no período de coleta de dados. Os dados coletados junto aos coordenadores se referiram a questões estruturais, organizacionais e funcionais da VISAM, motivo pelo qual não foram levantadas informações sobre as características pessoais desses profissionais.

O critério de elegibilidade das doenças ou agravos era serem de notificação compulsória e confirmados em Goiás no período de 2006 a 2010, com foco em incluir, no mínimo, 75% dos casos confirmados no somatório de todas as notificações realizadas no período.

Como critério de inclusão dos indicadores socioeconômicos optou-se por priorizar aqueles que possuísem alguma associação com as doenças ou agravos de notificação compulsória elegíveis para o estudo, considerando também a sua

disponibilidade para consulta nos sistemas de acesso públicos de forma individualizada por municípios goianos.

## **4.2. Instrumentos**

Para a medida das variáveis do estudo, buscou-se identificar na literatura instrumentos já utilizados no Brasil e que apresentassem índices de confiabilidade que habilitassem sua replicação e, alternativamente, proceder ao desenvolvimento daqueles que não se encontravam disponíveis para atender aos objetivos propostos.

### **4.2.1. Instrumentos construídos e validados para os objetivos deste estudo**

Em face das especificidades do que se pretendia investigar, foram desenvolvidos instrumentos que traduzissem a realidade da estruturação do trabalho da VISAM. A partir da identificação da estrutura e funcionamento da VISAM, dos dados, informações e documentos coletados nas reuniões realizadas com a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) da SES-GO, e das visitas técnicas realizadas nas VISAM dos municípios de Anápolis e de Aparecida de Goiânia, desenvolveram-se os instrumentos Caracterização do Trabalho (CT), Escala de Medida do Desempenho (EMDES) e Inventário de Características Demográficas e Funcionais (ICDF), através das seguintes etapas: (a) elaboração de questões e afirmações que respondessem os objetivos do estudo; (b) validação de conteúdo para verificar se as questões e afirmações elaboradas correspondiam ao que se pretendia medir, por meio de encaminhamento à SUVISA para análise e sugestões, bem como da realização de reuniões com gestores e profissionais fiscais daquele órgão, que atuaram como juízes nesta avaliação; c) aplicação piloto em seis fiscais e dois coordenadores da VISAM de dois municípios goianos não integrantes da amostra para validação semântica, visando assegurar a adequada compreensão das questões e afirmações pelos potenciais respondentes; e d) adequação dos instrumentos a partir dos resultados obtidos nestas etapas. O detalhamento desses instrumentos é apresentado nos subitens seguintes.

#### 4.2.1.1. Questionário Caracterização do Trabalho (CT)

Instrumento que objetiva descrever o serviço de vigilância sanitária nos municípios goianos, construído com base nas dimensões contidas no Elenco Norteador das Ações de VISA (MS 2010) e no Modelo Padronizado do Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012 (SES-GO 2010).

Após os procedimentos de validação de conteúdo, o questionário Caracterização do Trabalho (CT), para ser respondido pelo Coordenador da VISAM ou pelo responsável pelo setor nos casos onde inexistia o Coordenador investido no cargo, ficou composto de 40 (quarenta) questões com respostas fechadas categóricas ou nominais variando de 3 a 7 níveis de respostas. A definição das questões que compõem o que se denominou de dimensões para o questionário CT encontra-se no Quadro 4.1.

Quadro 4.1. Agrupamento das questões do instrumento "Caracterização do Trabalho (CT)" com foco no Elenco Norteador das Ações de VISA e no Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012.

Grupo de Ações	Dimensões	Questões do questionário CT
Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão	Estrutura legal	1, 2, 3, 5
	Estrutura física e recursos materiais	28, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
	Estrutura administrativa e operacional	4, 7, 13, 15, 19, 20
	Gestão de pessoas	17, 18, 22, 23, 24
	Fatores relevantes para o fortalecimento da gestão	21, 25, 26, 27, 29, 30, 31
Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário	Produtos, serviços de saúde e interesse à saúde e ambientes e ações laboratoriais	10, 12, 14
	Educação e comunicação em saúde para a sociedade	8, 11, 16
	Ações integrais e intersetoriais de saúde	6, 9



Com o fim de examinar as qualidades do questionário Caracterização do Trabalho (CT) como instrumento único de medida da estruturação do trabalho na VISAM, foram efetuadas análises dos componentes principais e de consistência interna.

A análise dos componentes principais não confirmou as dimensões e agrupamento de itens conforme esperado e outras análises foram realizadas buscando identificar a melhor configuração para cada um dos fatores das dimensões previamente definidas, mas que não resultaram em interpretações adequadas.

Mantendo-se os agrupamentos originais, foram obtidos índices alfa de Cronbach de 0,62 para os itens relativos às ações para estruturação e fortalecimento da gestão e 0,63 para as referentes às ações estratégicas para o gerenciamento sanitário. Tais índices, apesar de considerados baixos (Levin 1987), sugerem que os itens elaborados para o questionário do estudo podem ser reunidos e constituir escalas, pois tratam de conteúdos pertencentes a um mesmo constructo, havendo necessidade de reformulação para que o novo instrumento atenda níveis satisfatórios de qualidade como medida única. O questionário CT constitui-se, portanto, da primeira versão de uma proposta de escala que ainda carece passar por rigorosos métodos de validação no futuro, retirando ou modificando itens ou até incluindo outros, sempre a partir de uma definição clara do que se pretende medir, sendo que os itens devem representar a totalidade do constructo.

Diante destes resultados, neste estudo, adotou-se o instrumento como questionário, na forma proposta e com interpretações descritivas, vez que foi construído para atender às características dos serviços da VISAM e para responder questões importantes sobre o funcionamento destes. O desenvolvimento da escala de caracterização do trabalho da VISAM é um objetivo que pertence a estudos que estão em planejamento para um futuro próximo.

#### **4.2.1.2. Escala de Medida do Desempenho (EMDES)**

A Escala de Medida do Desempenho (EMDES), a ser respondida pelos profissionais fiscais, ficou com 35 itens, dos quais 21 objetivam medir a frequência de realização de determinadas tarefas de competência dos fiscais da Vigilância Sanitária Municipal nos últimos 12 meses, em escala tipo Likert de cinco pontos (1 = Nunca; 2 = Às vezes; 3 = Mensalmente; 4 = Semanalmente; 5 = Diariamente). Os outros 14 itens

objetivaram avaliar a percepção dos respondentes sobre alguns aspectos do trabalho desenvolvido na Vigilância Sanitária Municipal (VISAM), também em escala de concordância de seis pontos (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo em parte; 3 = Em dúvida; 4 = Concordo em parte; 5 = Concordo totalmente). Para a construção deste instrumento ressalta-se a definição, em conjunto com a Gerência de Fiscalização da SUVISA/SES-GO, dos componentes de análise para a frequência das atividades desenvolvidas pelos fiscais participantes e para o nível de concordância dos mesmos sobre aspectos do trabalho desenvolvido no âmbito da VISAM.

De posse das sugestões dos especialistas, foi feita uma análise de conteúdo dos 35 itens da primeira versão da escala EMDES, com a finalidade de avaliar o potencial deste instrumento como escala, que mostrou dois conteúdos distintos relativos ao desempenho da Vigilância Sanitária, um referente à frequência das atividades usuais de fiscalização, englobando a análise de projetos e produtos e a educação em saúde, com 21 itens, e o segundo com 14 itens e abordando aspectos da gestão, ao modo como algumas ações são desenvolvidas, à política salarial e de desenvolvimento de pessoal.

Para verificar a dimensionalidade da primeira parte da escala EMDES inicialmente foi solicitada uma análise dos componentes principais e o scree-test, que sugeriram a existência de dois fatores, porém com os itens 1, 2, 3 e 5 apresentando baixa comunalidade. Com a exclusão destes itens, foi feita nova análise dos componentes principais, que indicou dois fatores que explicaram 41,4 % da variância. O KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) apresentou o valor de 0,77, que foi considerado adequado para a análise (Pereira 1999) e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p < 0,0001$ ). Em seguida foi realizada a análise fatorial com rotação Varimax e extração de 2 fatores, mostrando que os itens 9, 10, 11 e 12 se agruparam porque são referentes a ações bem específicas, a coleta e análise de amostras. Em seguida foi calculado o coeficiente de consistência interna através do alfa de Cronbach, mostrando 0,77 para o primeiro fator, 0,82 para o segundo e 0,78 para todos os itens, decidindo-se por utilizar a primeira parte da escala EMDES como uma escala única.

Para a segunda parte da escala EMDES foram feitos os mesmos procedimentos que mostraram que os itens 25 e 28 não se adequavam ao conjunto das ações descritas no instrumento. Com a exclusão destes itens, a análise dos componentes principais e o scree-test mostraram um único fator que, submetido à análise do alfa de Cronbach, mostrou índice de 0,61, considerado relativamente baixo, mas permitindo que a escala pudesse ser utilizada no estudo, porém sugerindo estudos posteriores de

reformulação da escala para sua melhor configuração como uma escala de medida de um único construto.

Assim, a escala EMDES ficou composta de duas subescalas. A primeira denominada de “Escala de Avaliação das Frequências das Ações de Fiscalização (EAFAF)” composta de 16 itens que objetivaram avaliar, na percepção dos fiscais participantes do estudo, a frequência da realização das atividades desenvolvidas no âmbito da VISAM, a serem respondidos em escala tipo Likert de concordância com a frequência de realização das ações, variando de nunca a diariamente. A segunda, denominada de “Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e Processos (EAGPP)” ficou constituída de 14 itens que objetivaram avaliar, sob a ótica dos respondentes, alguns aspectos do trabalho relacionados com a gestão de pessoas e processos como ocorrem na VISAM, tendo cinco opções de resposta, no formato Likert, variando de concordo totalmente a discordo totalmente. A composição da escala EMDES após as análises e na forma adotada neste estudo é descrita na Tabela 4.2.

Tabela 4.2. Composição da Escala de Medida do Desempenho (EMDES) após a realização da análise dos componentes principais e cálculo dos índices de confiabilidade (alfa de Cronbach).

<i>Subescala</i>	<i>Definições</i>	<i>Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Frequência das ações de fiscalização	Grupo de itens correspondentes à frequência das ações básicas e de média e alta complexidades realizadas pelos fiscais sanitários das unidades da VISAM no processo de prevenção do risco sanitário e assistência à saúde, na percepção dos fiscais participantes do estudo.	4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21.	0,78
Gestão de pessoas e processos	Grupo de itens que apontam o nível de desenvolvimento da gestão da VISAM no âmbito do município, na percepção dos fiscais participantes do estudo.	22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35.	0,61

#### **4.2.1.3. Inventário de Características Demográficas e Funcionais (ICDF)**

O Inventário de Características Demográficas e Funcionais (ICDF), a ser respondido pelos profissionais fiscais, ficou composto de sete questões, categóricas ou nominais, com níveis de resposta variando de 2 a 8, que objetivam levantar dados pessoais e profissionais destes servidores.

#### **4.2.2. Instrumentos de domínio público adotados neste estudo**

Adotou-se a Escala de Estilo de Liderança (Inventário LICASO), a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e a Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO) para a medida das demais variáveis componentes do modelo de estudo, sendo estes instrumentos de domínio público, todos eles a serem respondidos pelos profissionais fiscais da VISAM. Mesmo se tratando de instrumentos utilizados e validados em estudos anteriores, optou-se por realizar a aplicação piloto destes junto com os demais para medir o tempo de resposta gasto pelos participantes da pesquisa, bem como para averiguar o nível de compreensão dos mesmos sobre a linguagem adotada nessas escalas. Como consequência destes procedimentos foram realizadas algumas adequações, conforme descritas em cada um dos itens pertinentes às escalas adotadas nos subitens seguintes.

##### **4.2.2.1. Escala de Estilo de Liderança (Inventário LICASO)**

O Inventário LICASO constitui-se de um conjunto de subescalas para medida da liderança carismática, originária da desenvolvida por House et al. (1997) e traduzida no Brasil por Cury (1999), dando início aos estudos para sua validação. Seus 124 itens compõem 16 subescalas que agregam um número distinto de itens para a medida de cada característica do líder, sendo nove componentes da primeira parte – Liderança Carismática (Autoconfiança e determinação – AD; Comunicação inspiradora – CI; Confiança nos seguidores – CS; Expectativa de desempenho – ED; Estímulo Intelectual – EI; Integridade – IN; Justiça – JU; Modelagem do Papel – MP; e Visão – VI) e sete subescalas da segunda parte – Liderança Instrumental (Compartilhar o poder

– CP; Consideração – CO; Esclarecimento do papel – EP; Orientação – OR; Orientação da Equipe – OE; Orientação ao desempenho – OD; Reconhecimento contingente – RC). É respondida em escala tipo Likert de concordância e de discordância de cinco pontos (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo em parte; 3 = Em dúvida; 4 = Concordo em parte; 5 = Concordo totalmente), e passou por adequações no enunciado da escala original, bem como houve alteração nos termos “empregado”, “empresa”, “organização” para “servidores” e “instituição”, respectivamente, a fim de padronizar a terminologia de todos os instrumentos adotados na pesquisa. Também, foi alterada a descrição das opções de concordância com o objetivo de padronizar as escalas adotadas no estudo e evitar viés nas respostas dos participantes, conforme segue: 1 – de “Totalmente em desacordo” para “Discordo totalmente”; 2 – de “Em desacordo” para “Discordo em parte”; 3 – permaneceu “Em dúvida”; 4 – de “De acordo” para “Concordo em parte”; 5 – de “Totalmente de acordo” para “Concordo totalmente”.

A Tabela 4.3 contém a composição das subescalas do Inventário LICASO, as definições e os índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) obtidos no estudo de validação para as amostras brasileiras (Cury 1999).

Neste estudo, os resultados das análises da consistência interna das subescalas do Inventário LICASO demonstraram bons índices de confiabilidade. No entanto, decidiu-se excluir os itens 27 e 84 da subescala Confiança nos seguidores (CS), o item 51 da subescala Compartilhar o poder (CP), e o item 44 da subescala Reconhecimento contingente (RC). Esta modificação se deu em face de que esses itens apresentaram correlação abaixo de 0,30 com as respectivas subescalas, o que justifica as suas exclusões. A confiabilidade para esta amostra, após tais modificações, verificada através do índice de consistência interna alfa de Cronbach, indicou os seguintes índices: Autoconfiança e determinação (AD) = 0,91; Comunicação inspiradora (CI) = 0,93; Confiança nos seguidores (CS) = 0,84; Expectativa de desempenho (ED) = 0,88; Estímulo Intelectual (EI) = 0,81; Integridade (IN) = 0,88; Justiça (JU) = 0,81; Modelagem do Papel (MP) = 0,87; e Visão (VI) = 0,88; Compartilhar o poder (CP) = 0,90; Consideração (CO) = 0,89; Esclarecimento do papel (EP) = 0,86; Orientação (OR) = 0,82; Orientação da Equipe (OE) = 0,90; Orientação ao desempenho (OD) = 0,92; Reconhecimento contingente (RC) = 0,86.

Tabela 4.3. Composição, definição e índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) das subescalas do Inventário LICASO obtidos no estudo de Cury (1999).

<i>Fatores ou Subescalas</i>	<i>Definições</i>	<i>Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
<b>Liderança Carismática</b>			
Autoconfiança e determinação (AD)	Capacidade do líder de confiar em si mesmo, se autoapreciar e ter convicção quanto ao caminho a seguir, sendo assertivo e determinado. Este comportamento do líder faz com que os seguidores transcendam as metas a atingir e confiem no líder, dedicando a ele certa devoção.	41, 45, 49, 52, 53, 89, 106.	0,87
Comunicação inspiradora (CI)	Capacidade do líder em comunicar com clareza a direção a seguir para a conquista de resultados cada vez mais promissores.	10, 33, 66, 78, 90, 98, 108, 111, 123.	0,89
Confiança nos seguidores (CS)	O líder que manifesta em seus seguidores a capacidade de provocar resultados e criar confiança terá mais facilidade de ter a correspondência destes para atingir a realização dos objetivos.	01, 08, 40, 42, 57, 79, 21, 27, 84.	0,71
Expectativa de desempenho (ED)	Líderes que confiam na capacidade de seus seguidores em desempenhar corretamente as suas funções serão mais aceitos pelos seus seguidores e os farão avançar em direção a melhores desempenhos.	39, 71, 81, 101, 105, 115, 118, 120, 124, 38*.	0,81
Estímulo intelectual (EI)	O treinamento, o aperfeiçoamento e o estímulo às ideias inovadoras e solucionadoras de problemas serão aliados do líder para obtenção de uma equipe mais eficaz.	18, 23, 58, 82, 104, 121.	0,73
Integridade	A integridade do líder é composta por seus valores, crenças, retidão e coerência em agir da mesma forma que acredita, ou seja, é a capacidade do líder em seguir um código moral bem definido.	04, 12, 17, 28, 46, 69, 80, 85, 91, 95, 100, 116.	0,83
Justiça	A capacidade do líder em reconhecer esforços e direcioná-los para as pessoas certas, sem mostrar favoritismo ou predileção, considerando e tratando a todos de forma justa.	03, 20, 55, 56, 107, 29*, 50*, 65*.	0,79
Modelagem do papel	A expressão de um conjunto de crenças, através do exemplo pessoal, que o líder deseja que seus seguidores adotem.	11, 14, 16, 19, 28, 37, 96.	0,78
Visão	A capacidade do líder em manifestar um estado audacioso e inspirador no futuro e comunicar aos seus liderados para que eles possam ir em direção a esta visão, sem questioná-la.	02, 22, 35, 75, 83, 94, 59*.	0,78
<b>Liderança Instrumental</b>			
Compartilhar o poder (CP)	Considerar as recomendações dos seguidores para tomar decisões, partilhando com estes as responsabilidades sobre o futuro da empresa.	60, 102, 109, 112, 119, 122, 51*.	0,82
Consideração (CO)	A capacidade do líder em considerar a opinião do colaborador, levando em conta os seus sentimentos e apoiando, caso seja necessário, disponibilizando sua atenção personalizada.	15, 24, 47, 62, 74, 86, 99, 07*.	0,88
Esclarecimento do papel (EP)	A capacidade em deixar claro o que se espera do colaborador, quem é o responsável pela atividade, orientando, caso seja necessário, em relação ao trabalho a ser desenvolvido.	30, 31, 63, 76, 110.	0,77
Orientação (OR)	É dizer o que deve ser feito, dando instruções de como fazer o trabalho e que objetivos devem ser atingidos.	43, 54, 87, 97.	0,71
Orientação da equipe (OE)	A capacidade do líder em estimular a cooperação, a integração e o sentido de equipe entre os funcionários.	34, 67, 70, 111, 114, 117, 123.	0,83
Orientação ao desempenho (OD)	É verdadeiramente fazer o papel de educador e desenvolvedor de habilidades, capacitando os colaboradores a melhorarem sua performance e desempenho profissional.	36, 48, 68, 77, 88, 92, 103, 113.	0,88
Reconhecimento contingente (RC)	O reconhecimento do líder ocasionalmente dando retornos positivos ou elogiando, cumprimentando o colaborador quando seu desempenho estiver acima do esperado.	05, 06, 09, 13, 32, 44, 61, 64, 72, 73, 25*, 26*, 93*.	0,80

(\*) os itens marcados com asteriscos são elaborados de forma negativa e são invertidos nas análises estatísticas.

Fonte: Fatores ou subescalas, definições e itens foram extraídos de Pinto (2005, p.138). Os índices de confiabilidade são pertinentes aos resultados do estudo de Cury (1999).

#### 4.2.2.2. Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)

Utilizada para identificar as representações que os trabalhadores fazem do contexto de trabalho no que diz respeito às condições, à organização e às relações socioprofissionais de trabalho. Construída e validada por Ferreira e Mendes (2008), constitui-se de 30 itens a serem respondidos em escala tipo Likert de avaliação em cinco pontos sobre a frequência da ocorrência da afirmação (1 = Nunca; 2 = Raramente; 3 = Às vezes; 4 = Frequentemente; 5 = Sempre), que englobam suas três dimensões analíticas interdependentes.

A partir dos resultados da aplicação piloto, foi realizada adequação no enunciado do instrumento com vistas à melhor compreensão dos participantes da pesquisa, assim como feita a adequação nas instruções constantes da folha de rosto que apresentava os instrumentos aos fiscais. Foi alterado, também, o termo “funcionários” para “servidores” nos itens de respostas com o objetivo de padronizar a linguagem dos instrumentos à realidade dos respondentes. A Tabela 4.4 contém os fatores da escala EACT, definições, itens componentes de cada fator e respectivos índices de precisão obtidos no estudo de Ferreira e Mendes (2008).

Tabela 4.4. Fatores da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e índices de confiabilidade (alfa de Cronbach).

<i>Fatores</i>	<i>Definições</i>	<i>Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach (*)</i>
Condições de trabalho – CTr	Expressa a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponibilizados para a execução do trabalho.	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.	0,89
Organização do trabalho – OTr	Expressa a divisão das tarefas, normas, controles e ritmos do trabalho.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.	0,72
Relações socioprofissionais – RSs	Expressa os modos de gestão do trabalho, da comunicação e da interação profissional.	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.	0,87

Fonte: Ferreira e Mendes (2008 p. 115-116)

Nota: (\*) Os índices de confiabilidade desta escala contemplam itens da escala inicialmente desenvolvida pelos autores e que foram substituídos por outros por estes mesmos autores posteriormente (os itens 26 e 27 foram os que sofreram alterações).

A EACT é construída com base em itens negativos e sua análise deve ser feita por fator, considerando o desvio padrão em relação ao ponto médio e os resultados obtidos (médias e desvio padrão) devem ser interpretados da seguinte forma: valores entre 1,0 e 2,3 – resultado satisfatório, positivo e produtor de bem-estar no trabalho, aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional; valores entre 2,3 e 3,7 = resultado crítico, mediano, indicador de situação-limite, potencializando o mal-estar no trabalho e o risco de adoecimento, sinalizando estado de alerta, requerendo providências imediatas no curto e médio prazos; valores entre 2,7 e 5,0 = resultado grave, negativo e produtor de mal-estar no trabalho, forte risco de adoecimento, requerendo providências imediatas nas causas visando eliminá-las e/ou atenuá-las (Ferreira & Mendes 2008).

A confiabilidade para esta amostra, verificada através do índice de consistência interna alfa de Cronbach, indicou os seguintes índices: Organização do Trabalho (OTr) = 0,66; Condições de trabalho (CTr) = 0,91; e Relações socioprofissionais (RSs) = 0,87. As dimensões originais propostas pelos autores foram utilizadas neste estudo.

#### **4.2.2.3. Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO)**

A EBACO (desenvolvida por Medeiros 2003, Medeiros et al. 2005, Bastos et al. 2008) é composta por 28 itens a serem respondidos em escala tipo Likert de concordância e discordância de seis pontos (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo muito; 3 = Discordo pouco; 4 = Concordo pouco; 5 = Concordo muito; 6 = Concordo totalmente), mensura sete bases do comprometimento organizacional: afetiva, obrigação em permanecer, obrigação pelo desempenho, afiliativa, falta de recompensas e oportunidades, linha consciente de atividade e escassez de alternativas. Também neste instrumento foram realizadas as seguintes adequações à escala original: (a) alterada a escala de concordância de seis para cinco itens (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo em parte; 3 = Em dúvida; 4 = Concordo em parte; 5 = Concordo totalmente). Esta alteração objetivou buscar padronização das escalas adotadas no estudo, de forma a evitar viés nas respostas dos sujeitos; (b) foram alterados os termos “organização”, “empregado”, “empresa” para “instituição”, “servidor”, “instituição”, respectivamente; e (c) foram modificadas as instruções para melhor compreensão dos respondentes.



O cálculo e a interpretação dos resultados obtidos na escala EBACO devem seguir as etapas definidas por Bastos et al. (2008). Na interpretação dos resultados, deve-se considerar que algumas bases do comprometimento possuem relação diretamente proporcional ao desempenho da organização, outras inversamente proporcionais. Portanto, nas bases afetiva, afiliativa, obrigação em permanecer e obrigação pelo desempenho é importante um “alto” comprometimento; nas bases instrumentais, escassez de alternativas, linha consistente de atividade e falta de recompensas e oportunidades é importante que o comprometimento seja “baixo”. A Tabela 4.5 apresenta as denominações, definições, itens integrantes e índices de confiabilidade dos sete fatores da EBACO resultantes dos estudos de Medeiros (2003), Medeiros et al. (2005) e de Bastos et al. (2008).

Tabela 4.5. Denominações, definições, itens integrantes e índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) dos fatores da Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO).

<i>Denominações</i>	<i>Definições</i>	<i>Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Obrigações em permanecer	Crença de que tem uma obrigação em permanecer; de que se sentiria culpado em deixar; de que não seria certo deixar; e de que tem uma obrigação moral com as pessoas da organização.	5, 6, 7, 8	0,87
Afetiva	Crença e identificação com a filosofia, os valores e os objetivos organizacionais.	1, 2, 3, 4	0,84
Afiliativa	Crença que é reconhecido pelos colegas como membro do grupo e da organização.	13, 14, 15, 16	0,80
Escassez de alternativas	Crença de que possui poucas alternativas de trabalho se deixar a organização.	25, 26, 27, 28	0,73
Obrigações pelo desempenho	Crença de que deve se esforçar em benefício da organização e que deve buscar cumprir suas tarefas e atingir os objetivos organizacionais.	9, 10, 11, 12	0,77
Linha consistente de atividade	Crença de que deve manter certas atitudes e regras da organização com o objetivo de se manter na organização.	21, 22, 23, 24	0,65
Falta de recompensas e oportunidades	Crença de que o esforço extra em benefício da organização deve ser recompensado e de que a organização deve lhe dar mais oportunidades.	17, 18, 19, 20	0,59

Fonte: Bastos et al. (2008 p. 63), com correção dos itens componentes de cada fator da Escala.

Os testes de confiabilidade mostraram os seguintes índices de consistência interna neste estudo: Afetiva = 0,81; Obrigação em permanecer = 0,89; Obrigação pelo desempenho = 0,79; Afiliativa = 0,79; Falta de recompensas e oportunidades = 0,59; Linha consistente de atividade = 0,58; e Escassez de alternativas = 0,79. Tais índices indicam que cada uma das dimensões teoricamente definidas pelos autores é formada por um conjunto de quatro itens que apresentam consistência interna. As dimensões “Falta de recompensas e oportunidades” e “Linha consistente de atividade” tiveram os índices alfa baixos para esta amostra, resultados estes que de certa forma são compatíveis com aqueles encontrados no estudo original (Medeiros 2003) no qual os alfas encontrados foram de 0,59 e 0,65 respectivamente. No entanto, ocorrências dessa natureza são frequentes e tendem a acontecer quando a escala tem número reduzido de itens (Cortina, 1993). Os demais fatores do instrumento EBACO apresentaram índices de confiabilidade indicando boa consistência interna.

#### **4.3. Procedimentos**

Anteriormente ao início do processo de coleta de dados foram encaminhados pela SUVISA, pelos Correios e com Aviso de Recebimento (AR), Ofícios aos Secretários de Saúde dos municípios onde se encontravam inseridas as VISAM participantes do estudo, solicitando a adesão e fornecendo informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

O levantamento de dados ocorreu após a obtenção das autorizações formais da SES-GO e da correspondente SUVISA, do Comitê de Ética em Pesquisa e dos gestores da VISAM dos municípios participantes.

A coleta de campo foi realizada em duas etapas, no período de março a junho de 2011. Os dados junto aos coordenadores foram coletados por meio eletrônico, mediante encaminhamento do questionário Caracterização do Trabalho (CT) e posterior devolução por e-mail e, alternativamente, por fax ou Correios. O questionário seguiu acompanhado de um Ofício nominal à Coordenação da Vigilância Sanitária Municipal que continha as instruções pertinentes, assinado pelo Gerente de Fiscalização da SUVISA/SES-GO e pelo Professor Orientador do projeto de pesquisa.

A coleta de dados junto aos fiscais foi realizada in loco nas VISAM participantes do estudo, mediante agendamento com os gestores e participantes

voluntários de cada serviço. Na ocasião, os instrumentos eram entregues a cada um dos respondentes, após terem sido informados sobre os objetivos da pesquisa, o uso das informações coletadas exclusivamente para fins do estudo, a preservação da identidade dos respondentes e sobre a adesão voluntária ao estudo. Após o autopreenchimento, os questionários eram devolvidos em envelopes que continham apenas a identificação do município participante. Também, nesta ocasião, os ambientes das VISAM foram fotografados para formar um acervo do registro das visitas realizadas e todas as interações havidas com os gestores, fiscais das VISAM visitadas e, em alguns casos, com os Secretários Municipais de Saúde, encontram-se registradas na agenda de visitas.

Para a seleção das doenças e agravos que fariam parte das análises correlacionais considerou-se: (a) que as práticas da VISAM são estabelecidas com foco na noção de risco ou ameaças de agravos, cuja concepção epidemiológica do risco se insere na probabilidade, estatisticamente verificável, de um evento adverso à saúde se relacionar com determinados fatores (Costa 2012); (b) que são diversos os instrumentos utilizados pela VISAM no exercício da sua função, tais como: o monitoramento da qualidade dos produtos e serviços; a vigilância epidemiológica dos eventos adversos à saúde relacionados com atividades profissionais, riscos ambientais, consumo de tecnologias médicas, água e alimentos, produtos de origem animal e correspondente risco de veiculação de doenças infecto-parasitárias, agravos relacionados a resíduos tóxicos e fármacos; as ações de vigilância em portos, aeroportos, fronteiras e migrações humanas, no sentido de impedir a disseminação de doenças infectocontagiosas; a preservação das condições sanitárias nos meios de transporte; o controle sanitário dos serviços relacionados com a saúde; saúde do trabalhador, ecologia humana e informação sanitária à população (Costa 2012, CONASS 2007); e (c) que a notificação compulsória constitui-se na principal fonte de vigilância epidemiológica, a partir da qual se desencadeia o processo informação-decisão-ação (MS/SVS/DVE 2010).

As seguintes doenças ou agravos foram selecionados pelo entendimento de que seus fatores de riscos de ocorrência, em razão das suas características epidemiológicas, encontram-se relacionados às ações desenvolvidas pela VISAM: (a) doenças ou agravos associados às condições do meio ambiente, a desequilíbrios ecológicos ocasionados por desmatamentos, uso indiscriminado de agrotóxicos, de produtos químicos ou a populações que vivem em áreas rurais ou regiões periurbanas: Acidentes por animais peçonhentos, Atendimento antirrábico humano, Dengue, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral e Malária; (b) doenças

infectocontagiosas, com formas diversas de transmissão: AIDS e Meningite; e (c) relacionadas às condições socioeconômicas e de infraestrutura sanitária, como saneamento básico, higiene, qualidade da água para consumo humano e alimentos, assim como às contaminações oriundas de atividades profissionais e de ambientes de trabalho: Hanseníase, Hepatites virais, Intoxicações exógenas, Leptospirose e Tuberculose (Tabela 4.6).

Tabela 4.6. Consolidado das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Confirmados nos municípios participantes do estudo e no Estado de Goiás – 2006 a 2010, segundo as doenças e agravos selecionados.

Doenças e Agravos Compulsórios Confirmados	Total doenças ou agravos – 2006-2010	
	Municípios participantes (Nº)	Estado de Goiás (Nº)
Acidente por animais peçonhentos	6.792	10.367
AIDS	3.006	3.556
Atendimento Antirrábico Humano	99.980	128.005
Dengue	146.829	168.906
Hanseníase	10.093	14.856
Hepatites Virais	4.228	5.229
Intoxicações Exógenas (*)	2.950	3.460
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.180	2.516
Leishmaniose Visceral	84	158
Leptospirose	26	35
Malária	319	360
Meningite	1.878	2.349
Tuberculose	3.697	4.873
<b>Total</b>	<b>281.062</b>	<b>344.670</b>
Demais doenças de notificação compulsória	15.138	24.016
Total de Doenças Confirmadas	296.200	368.686
Total de Doenças Notificadas	408.606	507.411

(\*) Os dados de 2006 referem-se a Intoxicações por Agrotóxicos.

Fonte: SES-GO/SUVISA (2011)

As doenças ou agravos de notificação compulsória em Goiás no período de 2006 a 2010 totalizaram 368.686 casos confirmados, sendo que as 13 doenças ou

agravos selecionados para fazerem parte das análises correlacionais totalizaram 281.062 (76,2%) casos confirmados nos 53 municípios goianos participantes deste estudo.

O coeficiente de detecção média anual de doenças ou agravos de notificação compulsória foi calculado a partir da média anual do número de casos ocorridos no período considerado, dividido pelo número de habitantes do município (população censitária 2010) e multiplicado por 100.000.

Buscou-se incluir os indicadores socioeconômicos que apresentassem relações com as doenças selecionadas para fazerem parte do estudo, ficando definidos os seguintes, relativamente a cada um dos municípios participantes: População 2010; Taxa de crescimento; Produto Interno Bruto 2008 per capita; ICMS 2010; índice Gini 2000; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2000; IDHM Educação 2000; IDHM Longevidade 2000; IDHM Renda 2000; Taxa de alfabetização 2010; Taxa de mortalidade infantil 2000; Extensão em metros de rede de água; Número de ligações água 2010; Extensão em metros de rede de esgoto 2010; Número de ligações esgoto 2010; Número de hospitais 2010; Número de leitos hospitalares 2010; Rendimento médio empregos (RAIS) 2010. O ano de referência é pertinente aos dados mais atualizados disponíveis nos sistemas de informações públicos no período da coleta.

Os dados secundários, relativos às doenças de notificação compulsória confirmadas no Estado de Goiás e nos municípios participantes do estudo, no período de 2006 a 2010, foram obtidos por meio de solicitação formal à SUVISA (SES-GO/SUVISA 2011). Os dados socioeconômicos foram extraídos dos bancos de dados da Superintendência de Estatística, Pesquisa e Informação da Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Goiás e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (SEPLAN/IMBES 2011, IBGE 2011).

Os dados obtidos com os instrumentos aplicados aos fiscais e aos coordenadores, assim como os demais dados secundários, foram transcritos para uma planilha do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows versão 18, para tratamento estatístico, que constou das seguintes análises: a) análises descritivas: média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, frequências absolutas e porcentagens; b) validação das escalas: análise dos componentes principais (método Enter ou padrão) para verificar os itens que se agrupam e formam os fatores das escalas; análise da confiabilidade (teste de consistência interna) pelo método alfa de Cronbach; c) teste de hipóteses: correlação  $r$  de Pearson para verificar relação entre variáveis (contínuas ou intervalares) do estudo; teste Qui-quadrado para cruzar variáveis e

verificar sua relação (para variáveis no nível nominal), análise de regressão múltipla para verificar a contribuição de cada uma de várias variáveis independentes (causa) para a explicação de uma variável dependente (efeito); e d) análise de variância (ANOVA) F de Snedecor para testar a diferença entre as médias de grupos da amostra. Os resultados dessas análises são apresentados no item seguinte em forma de artigos científicos.

## **5. ARTIGOS**

### **Artigo 1 – 2172/2012 – Reapresentação 215/2012 – Estrutura e funcionamento da vigilância sanitária de municípios goianos.**

Submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva em 13 de março de 2012. Os editores da revista solicitaram algumas adequações ao texto original cuja nova versão foi submetida 22 de novembro de 2012 com as modificações propostas em forma de reapresentação.

Nota: A formatação do texto encontra-se em conformidade ao preconizado pela Revista.

### **Artigo 2 – Comprometimento organizacional de trabalhadores da vigilância sanitária municipal**

Submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde em 22 de novembro de 2012.

Nota: A formatação encontra-se em conformidade ao preconizado pela Revista.

### **Artigo 3 – Liderança, contexto de trabalho e desempenho: uma avaliação na percepção de trabalhadores da vigilância sanitária.**

Em fase de elaboração para submissão, faltando a revisão final e adequação às normas da revista a ser selecionada em função do tema de interesse.

Nota: A formatação encontra-se no formato adotado nesta Tese – Memórias do Instituto Oswaldo Cruz.

### **Artigo 4 – Fatores estruturais e funcionais da vigilância sanitária municipal, índices socioeconômicos dos municípios e sua relação com a notificação de doenças.**

Submetido à Revista Physis Revista de Saúde Coletiva em 23 de novembro de 2012.

Nota: A formatação encontra-se em conformidade ao preconizado pela Revista.

## **Artigo 1 – Reapresentação 215/2012 – Estrutura e funcionamento da vigilância sanitária de municípios goianos.**

### **Structure and functioning of health surveillance in Goiás' municipalities.**

#### **RESUMO**

A vigilância sanitária (VISA) é importante componente do Sistema Único de Saúde no processo de proteção, promoção e defesa da saúde. Este estudo objetivou identificar as condições da estruturação e organização do trabalho da vigilância sanitária de municípios goianos (VISAM), constituído de duas etapas. Na primeira, foi construído e validado um instrumento com foco nas diretrizes do Elenco Norteador das Ações VISA e no Modelo Padronizado da Programação das Ações da VISA 2011/2012. A segunda contemplou o estudo de campo junto aos 53 gestores da VISAM dos municípios selecionados conforme os critérios de inclusão, ocorrido em abril e maio de 2011. Utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows para tratamento estatístico, que envolveu análises de frequências, de confiabilidade alfa de Cronbach e correlação Spearman. Carências na estruturação legal, física, administrativa e operacional, e de gestão de pessoas foram encontradas, as quais refletem na implementação, execução e avaliação das ações de fortalecimento da gestão e no gerenciamento do risco sanitário. Melhorias estruturais devem ser prioridades dos gestores públicos do setor para que a VISAM exerça de modo efetivo o papel de protetora da saúde da população.

#### **Palavras-chave**

Vigilância Sanitária. Gestão em Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Administração de Serviços de Saúde.

#### **ABSTRACT**

Health surveillance (HS) is an important component of the National Health System in the process of protecting, promoting and protecting health. This study aimed to identify the conditions of the structure and organization of the work of health surveillance of



municipalities in Goiás that is consisted of two stages. At first it was constructed and validated an instrument with a focus in the guidelines guiding Cast Shares HS and Standardized Model of Programming Shares of HS 2011/2012. The second study looked at the field next to the 53 managers Health Surveillance of municipalities selected according to the inclusion criteria, occurred in April and May 2011. We used SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows for statistical analysis, which involved analysis of frequency, reliability Cronbach alpha and Spearman correlation. Deficiencies in structuring legal, physical, administrative and operational, and people management were found, which reflect the implementation, execution and evaluation of actions to strengthen the management and health risk management. Structural improvements should be priorities of public sector managers for the health surveillance of municipalities exercise effectively the role of protecting the health of the population.

### **Keywords**

Health Surveillance. Health Management. Health Manpower. Health Services Administration.

## **INTRODUÇÃO**

O processo de globalização vivenciado pela sociedade nos dias atuais traz inúmeras consequências, como o aumento da circulação e da interação entre as pessoas, produtos, e outros, incluindo nesta categoria o transporte de animais e vegetais. Como resultado disso, a disseminação de micro-organismos causadores de doenças é facilitada, cabendo ao Estado, por meio das ações de vigilância sanitária, interferir nas relações econômica e social com vistas a preservar a vida e o ambiente<sup>1</sup>.

A preocupação com a qualidade e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, em termos de Brasil, ocorre desde o período colonial<sup>2</sup>, no entanto, medidas mais amplas de proteção, promoção e defesa da saúde tiveram relevância a partir da descentralização das ações de vigilância, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, cujos efeitos apareceram a partir da instituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ocorrida em 1999<sup>3</sup>.

Incluída no campo de atuação do SUS, a Vigilância Sanitária (VISA) têm por objetivo eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas

sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde<sup>4</sup>. Essa concepção ampliada da VISA resulta do desenvolvimento histórico que passou a abranger uma multiplicidade de objetos e instrumentos cada vez mais complexos para a realização de seus objetivos<sup>5</sup>.

Considerando que a VISA atua na prevenção de riscos, agravos ou danos à saúde, a efetividade do seu desempenho está relacionada à existência ou não de medidas preventivas que podem ser traduzidas em políticas públicas que carecem de ser implementadas, comunicadas, gerenciadas e avaliadas.

Mesmo com a criação da ANVISA, a realidade vivida pelos estados e municípios brasileiros apresenta uma atuação sem uma visão ampla do risco, com ações voltadas quase que exclusivamente para o controle e fiscalização de produtos e serviços, sem abarcar o ambiente e a saúde dos trabalhadores, com organização dos serviços de forma fragmentada, sem integração das áreas de atuação e, menos ainda, sem planejamento com foco nas prioridades e necessidades locais de saúde<sup>5,6</sup>.

A despeito do grande aporte de recursos por meio dos programas governamentais<sup>7</sup>, o processo de gestão do SUS aponta para a existência de diversos problemas que comprometem a qualidade dos serviços de saúde<sup>8</sup>. Para superar essas dificuldades, os gestores e planejadores do setor carecem de instrumentos a partir dos quais possam tomar decisões e a criação da cultura de avaliação é uma importante ferramenta alicerçada em conhecimentos científicos. Mesmo com os diferentes posicionamentos e necessidades dos atores participantes do complexo sistema de saúde, os resultados da avaliação têm a capacidade de influenciar positivamente a tomada de decisão, seja na melhoria da qualidade da saúde, ou na formação e no aprendizado desses profissionais quanto ao entendimento dos determinantes das suas decisões e das suas práticas<sup>9</sup>.

No âmbito do SUS, a avaliação tem dado suporte aos processos decisórios, mesmo que de forma incipiente por não incorporar às práticas de planejamento e gestão<sup>10</sup>. Pesquisadores têm buscado metodologias para compreender os fatores dos resultados do desempenho do SUS<sup>11</sup>, no entanto têm ressaltado dificuldades na implantação da avaliação e realização das mudanças na gestão<sup>9</sup>.

Em face do seu processo evolutivo, a avaliação em saúde apresenta enfoques, abordagens, dimensões e atributos ou componentes diferenciados, inclusive no que se refere à sua definição, e conta com uma diversidade de construção a partir de distintas bases teóricas ou métodos<sup>12</sup>. O interesse pela avaliação de políticas, programas

e serviços de saúde no Brasil, mesmo que crescente, tem se constituído em iniciativas pontuais de pesquisas e estudos de casos ou produção regular de dados<sup>13</sup> e aponta para a existência de lacunas teóricas e conceituais sobre as metodologias dos processos avaliativos a serem institucionalizados<sup>14</sup>, em especial no âmbito municipal<sup>15</sup>.

As conceituações, enfoques e formulações metodológicas que têm sido mais amplamente aplicáveis nas avaliações de condições particulares de sistemas, serviços, estratégias e ações programáticas de saúde derivam do escopo Donabedian de avaliação normativa: contexto, estrutura, processo e resultados<sup>15,16,17</sup>, com foco em medir a suficiência e adequação dos recursos empregados em relação aos resultados obtidos e esperados, adotando-se índices parametrizados e o método científico, fundamentada na pesquisa-ação (método experimental utilizado nos estudos das ciências sociais) e na análise estatística<sup>12</sup>.

Também o referencial desenvolvido por Habicht et al<sup>18</sup> tem sido adotado na avaliação de programas/intervenções em saúde e nutrição, focado em dois eixos de análise: os tipos de indicadores necessários para a avaliação (a oferta, a utilização, a cobertura ou o impacto do programa/intervenção) e o grau de inferência exigido para a tomada de decisões (adequação, plausibilidade ou probabilidade)<sup>18,19</sup>.

Estudos brasileiros avaliativos das ações de VISAM são pontuais e a grande maioria se refere ao processo de descentralização das ações. Dentre os resultados, encontraram-se deficiências na área de recursos humanos, como na formação e capacitação dos profissionais<sup>1,20,21,22</sup>; insuficiência na quantidade, multiprofissionalidade e distribuição dos profissionais<sup>21</sup>; recursos humanos temporários<sup>22</sup>; com baixa motivação<sup>20,21</sup>; gratificação insuficiente, não institucionalização do plano de cargos, carreiras e salários, baixa utilização do potencial dos técnicos e indefinição de requisitos éticos para o exercício do cargo<sup>21</sup>; qualificação dos profissionais por contra própria<sup>1</sup>; e pouco investimento em recursos humanos<sup>23</sup>. Relativamente às condições de trabalho, precariedades ou deficiências estruturais<sup>1,22,23</sup>. Falta de autonomia na alocação de recursos ou na autogestão do trabalho<sup>1,20,22,23</sup>; atuação focada no controle e fiscalização de produtos e serviços<sup>1,3</sup>; entraves políticos e conflitos de interesses<sup>20,22,24</sup>; entraves na gestão do trabalho e insuficiência do financiamento<sup>24</sup>; tradição centralizadora da secretaria de saúde do Estado, limitações da cooperação com os municípios e disparidades econômicas entre regiões, não havendo hierarquização dos municípios para focalizar os esforços nos mais carentes<sup>3</sup>; ausência de projeto político para a gestão descentralizada e desarticulação com o nível regional<sup>22</sup>;

ausência de planejamento e avaliação e pouca visibilidade dos efeitos da descentralização<sup>23</sup>; posição secundária da vigilância na estrutura e prioridades de saúde municipal, relações conflituosas e com rotatividade dos componentes e desconhecimento da população acerca do trabalho da vigilância sanitária<sup>20</sup>; necessidade da instituição da avaliação sistemática e abrangente para o setor<sup>25</sup> e de definição de critérios de avaliação<sup>26</sup>; e fatores restritivos para as ações do controle sanitário em face de um espaço permeado por contradições históricas e diversidade dos objetos de atuação<sup>27,28,29</sup>, também são problemas apontados nos estudos desenvolvidos na área. Como avanços, o cumprimento da Programação Pactuada e Integrada, o cadastramento dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária e articulações interinstitucionais<sup>22</sup> e efetividade nas ações de VISAM durante a descentralização<sup>30</sup>.

Em Goiás, a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) é o órgão responsável pela execução das ações de VISA, com a competência de coordenar e avaliar tais ações, de forma a assegurar o cumprimento da legislação sanitária, por meio da coordenação, elaboração e implantação das normas técnicas e rotinas das ações de VISA e Ambiental<sup>31</sup>. Os 246 municípios são organizados por Regional de Saúde e estão automaticamente inseridos no chamado Piso Estruturante, em que recursos federais são aportados para a realização de ações de VISA. Além disso, esses municípios têm a opção de procederem à pactuação do chamado Piso Estratégico, em face das competências atribuídas ao Estado<sup>4</sup> e à SES/GO<sup>31</sup> para promoverem a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios, observadas as condições estruturais que possuem.

Estudos avaliativos da atuação da VISAM, envolvendo as condições estruturais, os processos e as medidas que assegurem a aferição dos resultados são importantes e necessários, com vistas a oferecer aos gestores instrumentos adequados ao monitoramento e à tomada de decisão com foco na garantia da execução dos objetivos e metas pactuadas com qualidade e atendendo às necessidades locais da população.

Este estudo, realizado no âmbito VISAM de municípios goianos, objetivou identificar as condições da estruturação e organização do trabalho desenvolvido no exercício da implementação e gestão das ações de prevenção e de gerenciamento do risco sanitário, a partir da criação de um instrumento para tal finalidade e que contempla as principais dimensões de análise do constructo caracterização do trabalho.

Definiu-se que a forma como é caracterizado o trabalho constitui-se em importante componente que pode influenciar os resultados de desempenho no âmbito de

atuação da VISAM. Utilizou-se o conceito de análise do trabalho<sup>32</sup> para o levantamento dos atributos necessários à realização das atividades da VISAM, com foco na natureza das tarefas, assim como o conceito de contexto de trabalho<sup>33</sup> para identificar aspectos relacionados às condições materiais, instrumentais e organizacionais disponíveis para o exercício dessas tarefas.

## MÉTODOS

Estudo de corte transversal, de metodologia quantitativa<sup>34</sup>, realizado em duas fases. A primeira dedicada à construção de um instrumento capaz de abranger os aspectos mais relevantes da estrutura e funcionamento da VISAM e a segunda consistiu-se no estudo de campo para avaliação destes aspectos junto aos respectivos gestores.

As etapas de construção e validação do questionário Caracterização do Trabalho (CT) foram assim constituídas: a) elaboração de questões que respondessem aos objetivos do estudo (através de análise de dados, informações e documentos fornecidos pela SUVISA/VISAM e da realização de reuniões e entrevistas com gestores e fiscais da SUVISA e da VISAM de dois municípios goianos), com foco em obter um conjunto de questões capazes de avaliar aspectos importantes da estrutura e funcionamento da VISAM, tendo como pressupostos básicos as dimensões contidas no Elenco Norteador das Ações de VISA<sup>35</sup> e no Modelo Padronizado da Programação das Ações da VISA 2011/2012<sup>36</sup>; b) validação de conteúdo para verificar se as questões elaboradas correspondiam ao que se pretendia medir, por meio de encaminhamento à SUVISA para análise e sugestões, bem como da realização de reunião com os gestores e profissionais fiscais da SUVISA, que atuaram como juízes nesta avaliação; c) aplicação piloto junto a dois gestores da VISAM de dois municípios não integrantes da amostra, visando assegurar a adequada compreensão das questões; e d) adequação do instrumento a partir dos resultados obtidos nestas etapas.

A versão final do questionário CT ficou composta de 40 questões com opções de respostas fechadas, cujos conteúdos tratavam de dois grupos de ações e respectivas dimensões de análises em termos de avaliação das estruturas e dos processos de gestão da VISAM (Quadro 1). Entre as opções de resposta em cada questão havia sempre uma que representava a melhor configuração para a VISAM, e outras que seriam respostas possíveis, mas com diferentes níveis de adequação aos objetivos

traçados para a VISAM. Uma análise das frequências das respostas em cada opção mostrou sua concentração em duas ou três das opções oferecidas aos respondentes, que foram consideradas para as análises posteriores.

Definiu-se para inclusão no campo de estudo as VISAM situadas nos 246 municípios goianos que possuíam em outubro de 2010 mais de três trabalhadores exercendo as atividades de fiscalização. Destas, 53 (21,5%) atenderam ao critério de inclusão, a partir do que foram selecionadas para comporem o campo de estudo. A amostra constituiu-se do grupo de gestores das VISAM nos municípios incluídos no estudo, totalizando 53 profissionais que responderam voluntariamente o questionário CT.

Para obter a colaboração dos gestores, anteriormente ao início da coleta de dados foram encaminhados ofícios pela SUVISA aos secretários de saúde dos municípios selecionados para inclusão no estudo, solicitando a adesão e fornecendo informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Um município selecionado não aderiu à pesquisa e foi substituído por outro da mesma Regional de Saúde, porém possuindo somente três fiscais na estrutura da VISAM.

O levantamento de dados ocorreu em abril e maio de 2011, por meio eletrônico, mediante encaminhamento do questionário ao gestor da VISAM participante, e posterior devolução também por e-mail. Poucos foram os que tiveram dificuldades no seu preenchimento ou devolução, neste caso foram orientados a retornar o questionário por fax ou Correios.

Duas das 16 Regionais de Saúde goianas (Oeste II e Noroeste) não tiveram participantes por não atenderem aos requisitos de inclusão, mas o teste do instrumento foi realizado em dois municípios pertencentes a uma delas (Oeste II), no entanto com apenas três fiscais.

As respostas dos coordenadores ao questionário CT foram codificadas e transcritas para uma planilha do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows versão 18 para tratamento estatístico, que envolveu análises de frequências, de confiabilidade alfa de Cronbach e teste de correlação Spearman para comparação entre subgrupos da amostra.

A pesquisa teve autorização da SES/GO, dos gestores da VISAM participantes, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o Protocolo nº 268/2010, bem como apoio financeiro da Fundação de

Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e do Ministério da Saúde/Programa de Pesquisa para o SUS-PPSUS.

## RESULTADOS

O conjunto de questões de cada dimensão do CT foi submetido à análise de consistência interna, através do cálculo do índice alfa de Cronbach, que resultou em valores de 0,62 para os itens relativos às ações para estruturação e fortalecimento da gestão e 0,63 para os itens referentes às ações estratégicas para o gerenciamento sanitário. Tais índices, apesar de considerados baixos<sup>37</sup>, indicam que as questões elaboradas tratam de conteúdos semelhantes, pertencentes a um mesmo constructo, conforme se pretendia. Também sugerem a possibilidade que, no futuro, este instrumento possa constituir-se em uma escala, permitindo obter uma nota única a partir de seus diversos itens. Esta nota poderia ser utilizada como medida de avaliação das dimensões do CT, sendo que para isso serão necessários outros estudos e procedimentos com os objetivos de verificar a validade e a confiabilidade deste instrumento.

Neste estudo, o instrumento CT foi utilizado como um conjunto de questões especialmente elaboradas por pesquisadores junto a profissionais do meio para representar as características do trabalho da VISAM, de modo a responder questões importantes sobre o funcionamento destes.

Os resultados das análises das frequências de resposta dos coordenadores para a opção mais adequada para a VISAM em cada questão estão dispostos nos gráficos 1 e 2, indicando-se as dimensões de que tratam cada conjunto de ações. O Gráfico 1 mostra as porcentagens da melhor resposta para as **ações para a estruturação e fortalecimento da gestão**.

Observa-se que são poucas as ações desenvolvidas em níveis considerados ideais para o funcionamento da VISAM. Segundo os gestores, o comparecimento diário dos fiscais na sede da VISAM antes de seguirem para as atividades de campo ocorre em 96,2% dos municípios (em dois essa rotina não é cumprida) e a lei que institui a VISAM na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde está aprovada em 90,6% deles (em 5 a lei ainda não está aprovada).

Diversas ações ocorrem em uma minoria no âmbito da VISAM estudadas: apenas 9,4% com sistema NOTIVISA implantado e com alimentação periódica, 11,3% com Plano de Formação e Capacitação de Pessoal aprovado e implementado, e somente

17% apresentando todos os equipamentos para a realização das ações de Educação Sanitária, entre outros resultados indicadores de deficiências relativas ao ótimo funcionamento da VISAM. Ainda nesta análise geral verifica-se que 50% dos municípios não atendem a aproximadamente a metade das 32 ações para a estruturação e fortalecimento da gestão.

Em relação a cada dimensão deste conjunto de ações, aquelas relativas à gestão de pessoas e à estrutura administrativa e operacional são as que apresentam as menores porcentagens de municípios que as desenvolvem, com exceção apenas de uma de suas ações. De modo geral os resultados nestas dimensões mostram baixos níveis (entre 9,4% e 45,3%) na amostra quanto aos recursos humanos suficientes, tecnicamente capacitados, com remuneração fixa e plano de formação e capacitação, e quanto aos procedimentos para educação sanitária, sistemas Notivisa e Sinavisa e organização interna (fiscalização por área e coordenação formal) implantados.

Quanto aos fatores relevantes para o fortalecimento da gestão, o planejamento das ações com os fiscais e o encaminhamento de relatórios anuais e mensais é feito em 70 a 80% dos municípios, porém os relatórios diários, as metas da equipe e processos de avaliação do desempenho dos trabalhadores e do serviço estão abaixo do desejável na amostra (35,8 a 50,9%).

Na dimensão que trata da estrutura e recursos materiais as menores porcentagens (17 a 34%) de municípios da amostra referem-se aos equipamentos, espaço físico e veículos adequados e suficientes para a realização das atividades, apesar de os impressos e materiais de consumo serem adequados em 83% dos municípios estudados e os equipamentos técnicos, de comunicação e de informática estarem presentes em um pouco mais da metade destes.

Quanto à estrutura legal, em 54,7% dos municípios investigados a lei municipal que cria o Código de Vigilância Sanitária Municipal ainda não está aprovada.

O gráfico 2 apresenta os resultados percentuais da resposta ideal em cada uma das 8 questões do questionário CT que tratam de **ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário**, divididas em 3 dimensões, onde é possível observar que em apenas uma das questões encontrou-se menos de 50% dos municípios desempenhando a ação que se refere a análises laboratoriais para monitoramento de produtos. Para as demais questões foram encontradas porcentagens entre 56,6% e 88,6%.



Nas duas questões da dimensão das ações integras e intersectoriais de saúde mais de 70% dos municípios atenderam ao critério, na dimensão educação em saúde mais de 60,4% e quanto aos produtos e serviços de saúde encontrou-se o sistema de informação da qualidade da água para consumo humano já implantado e com alimentação periódica em 84,9% dos municípios, portanto mais próximo do ideal em termos de alcance desta ação na amostra do Estado de Goiás.

Procurou-se verificar se haveriam diferenças nas porcentagens de respostas ao questionário CT ao considerar o número de habitantes dos municípios, tomado como um critério de desenvolvimento. Para isso foram criadas oito classes, baseadas nas tabelas populacionais do Censo Demográfico do IBGE e adaptadas para a distribuição dos dados populacionais da amostra.

Testes de correlação de Spearman foram efetuados para verificar a relação entre a classe populacional do município e as respostas dadas pelos coordenadores para cada opção de resposta nas questões do questionário CT. De modo a complementar os resultados correlacionais, foi feito o cruzamento das frequências das respostas para cada opção de cada questão por classe populacional.

Encontraram-se correlações significativas em cinco questões que pertencem ao grupo de ações para a estruturação e fortalecimento da gestão. A questão 20 trata do modo como os fiscais se organizam para realizar suas tarefas e os resultados mostram uma tendência de que nas cidades médias, com mais de 50.000 habitantes, e principalmente na capital (mais de 500.000 habitantes), cada fiscal realiza sua tarefa individualmente, enquanto na maioria das cidades pequenas a fiscalização é realizada em equipes de dois ou mais fiscais ( $r_s = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ). Este e demais resultados comparativos podem ser visualizados na Tabela 1, que mostra o cruzamento das frequências de respostas ideais com as classes populacionais naquelas questões onde as correlações foram significativas. Na questão 21 ocorre a mesma tendência em relação ao estabelecimento de metas, mais comumente feitas por equipe em cidades menores e feitas individualmente por fiscal em cidades maiores ( $r_s = -0,39$ ;  $p < 0,01$ ).

Na questão 22 observou-se que, na grande maioria dos municípios, os fiscais da VISAM comparecem ao serviço diariamente antes das atividades de campo, porém em dois dos 8 municípios de mais de 100.000 habitantes o comparecimento se dá pelo menos uma vez por semana, causando o resultado significativo no teste correlacional ( $r_s = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ).

A questão 23 refere-se à remuneração dos fiscais, onde se verifica uma tendência de salários fixos mensais em cidades menores e de recebimento de salários adicionados de função gratificada em cidades maiores ( $r_s = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ).

Finalmente, verificou-se que a estrutura de informática (questão 34) é avaliada como compatível com as necessidades da VISAM nas cidades menores e que em algumas cidades de porte médio e na capital, os gestores assinalam que deve ser melhorada ( $r_s = 0,39$ ;  $p < 0,01$ ).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo, realizado no âmbito da VISAM de municípios goianos, avaliou a forma como este importante componente estrutural do SUS se encontra organizado para a execução das ações de implementação das políticas públicas voltadas para a prevenção e controle dos riscos à saúde da população no âmbito municipal. Como resultado, foi construído o questionário CT para medida do que se denominou de níveis das ações de estruturação para o fortalecimento da gestão e das ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário. A inserção dos componentes do Elenco Norteador das Ações de Vigilância Sanitária como base para a definição das dimensões de análise, avançou na possibilidade de identificação de uma ferramenta que, após revisada e testada em outros estudos, possa servir de ponto de partida para as avaliações no âmbito da VISAM, acrescentando oportunamente parâmetros de objetivos e metas definidos nos planos e programas e instituindo conexão com os resultados dos desempenhos alcançados.

Evidenciou-se que a VISAM nos municípios participantes do estudo apresentava carências relacionadas à estruturação legal, física, de recursos materiais e administrativa e operacional, situação esta compatível com resultados de outros estudos desenvolvidos na área<sup>1,22,23</sup>. A dimensão gestão de pessoas foi a que obteve os menores índices de resultados positivos dentre as demais pertinentes às ações para a estruturação e fortalecimento da gestão, seguida pela dimensão estrutura administrativa e operacional. Identificou-se a falta de plano de formação e capacitação para os trabalhadores, quantidade e capacidade técnica dos profissionais inadequadas para o exercício das atividades da vigilância sanitária; e falta de padronização no sistema de remuneração. Esta é, também, a realidade da VISAM de outros municípios brasileiros em que foram encontradas deficiências na formação e capacitação dos

profissionais<sup>1,20,21,22</sup>, quantidade insuficiente<sup>21</sup>; recursos humanos temporários<sup>22</sup> e gratificação insuficiente<sup>21</sup>.

Mesmo com as carências encontradas no elenco das ações para a estruturação e fortalecimento da gestão, os dados mostram certa tendência de evolução em termos das dimensões estudadas que parece ocorrer a partir da estruturação legal, física e de recursos materiais que se apresentam melhor organizadas nas VISAM dos municípios participantes, mas que, em face das deficiências na estrutura administrativa e de gestão de pessoas, não conseguem avançar nos itens pertinentes aos fatores relevantes para o fortalecimento da gestão, como no planejamento, controle e avaliação. Estes resultados corroboram com a teoria de Donabedian, no sentido de que há uma tendência de evolução das ações ou serviços avaliados em termos de contexto-estrutura-processos-resultados<sup>15,16,17</sup>.

As ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário demonstraram avanços, mesmo que tímidos, quanto à realização de ações integradas entre os órgãos municipais que atuam ou que se relacionam com a saúde e, também, no que diz respeito ao atendimento às demandas e reclamações. Progresso quanto ao processo de articulações interinstitucionais no âmbito da VISAM são encontrados em resultados de outro estudo<sup>22</sup>.

Considerando que as ações de monitoramento de produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde se constituem no norte que fundamenta o processo de trabalho da VISAM<sup>1,3</sup>, das quais resultam os Alvarás de Funcionamento dos estabelecimentos, estas são procedimentos implementados em pouco mais da metade dos municípios participantes do estudo, evidenciando a sua não institucionalização. O sistema de informação de qualidade da água para o consumo humano (SISAGUA) pareceu representar as ações fundamentais da VISAM participantes do estudo, mesmo que aquelas pertinentes às análises laboratoriais para monitoramento de produtos de interesse da VISAM encontravam-se implantadas em menos da metade dos municípios estudados.

Uma associação entre o tamanho do município e as respostas dos coordenadores ao questionário CT foi encontrada somente para cinco de suas questões, indicando que em alguns dos municípios de maior porte alguns procedimentos ocorrem de modo diferente do que nos demais. Os poucos resultados neste sentido sugerem que o fato da VISAM se encontrar melhor estruturada para o exercício das suas atribuições é devido a fatores outros que não o tamanho do município em termos populacionais.

Relativamente à associação entre tamanho do município e os resultados das avaliações da VISAM, um estudo encontrou que na maior parte dos pequenos municípios brasileiros há dificuldades na gestão e na provisão de recursos que resultam na não realização de atividades que são típicas da VISAM, ou na sua execução de forma precária<sup>38</sup>. Também é importante lembrar que os resultados aqui descritos referem-se às avaliações dos gestores sobre a estrutura e funcionamento dos serviços e, neste sentido, são permeados pela ótica subjetiva dos respondentes.

Mesmo com as diretrizes da ANVISA e os compromissos pactuados com o Estado e este com os municípios, observa-se que as funções das VISAM ainda são desempenhadas de forma precária na maior parte dos municípios estudados, conforme também encontrado em estudos realizados sobre os processos de descentralização da vigilância em saúde em municípios brasileiros<sup>3,20,22,39</sup>, em que a VISA estadual ainda executa ações de alta e média complexidade, conforme ocorrem em Goiás, como forma de suprir as carências locais, em detrimento do seu real papel de coordenação e assessoramento aos municípios.

As VISAM dos municípios participantes deste estudo encontram-se inseridas em um contexto ambiental complexo e, em face das carências estruturais e organizacionais, não conseguem avançar dentro de um modelo de gestão voltado para a prestação de serviços com qualidade. Suas ações ainda são vinculadas na fiscalização, mesmo que de forma incipiente, sem ampliação para os níveis de alta e média complexidades e, muito menos, para a incorporação da educação sanitária e saúde do trabalhador. A inexistência de profissionais qualificados para o exercício das complexas e múltiplas atividades pode comprometer a qualidade dos serviços prestados. Para que consigam avançar para uma estruturação adequada à integração das ações e exerçam o controle sanitário de serviços, saúde e cadeia de consumo que apresentem potenciais riscos à saúde da população, e contribuam efetivamente com a garantia e proteção da saúde da coletividade, as VISAM precisam realizar um grande esforço para romper com muitas barreiras consideradas básicas vivenciadas no cotidiano das suas ações. Estes achados são compatíveis com resultados de estudos realizados no âmbito da VISAM de outros municípios brasileiros<sup>5,6,8</sup>.

As VISAM nos municípios participantes deste estudo são supostamente as mais bem estruturadas, em face do critério de inclusão definido. A realidade desvendada pode não representar aquela existente na VISAM de outros municípios goianos ou brasileiros em que o número de fiscais sanitários é ainda menor. A não inserção de duas

Regionais de Saúde goianas no estudo por que não contarem com mais de três profissionais atuando na VISAM, evidencia a existência de desigualdades regionais no âmbito do Estado e aponta para a necessidade de organização da saúde de forma integral, em seus diversos componentes, que inclui a VISA, para resultar no equilíbrio entre os critérios políticos, culturais, técnicos e territoriais, articulados ao conceito de redes de atenção à saúde e contemplando as complexas inter-relações entre escala, escopo, qualidade, acesso e geopolítico<sup>40</sup>, o que carece de melhores investigações.

Carece, ainda, averiguar as relações entre os resultados encontrados com outras variáveis, tais como os indicadores de saúde e de desenvolvimento econômico municipal. Estudo sobre a capacidade da gestão da vigilância epidemiológica em municípios baianos evidenciou desigualdades nas macrorregiões relacionadas ao grau de desenvolvimento econômico e social<sup>41</sup>. Na área da VISAM, municípios com menor IDESE (Índice de Desenvolvimento Social e Econômico) apresentaram condições de trabalho mais precárias e baixa autoestima dos profissionais<sup>1</sup>.

A metodologia de investigação aqui adotada dificulta a comparação dos resultados, mas mesmo assim pode-se inferir que as carências existentes na caracterização do trabalho da VISAM em Goiás são compatíveis com aquelas encontradas em outros estudos brasileiros<sup>1,3,6,22</sup> e que refletem as dificuldades enfrentadas pelos gestores públicos no processo de descentralização das ações de promoção da saúde definidas pelo SUS. Observa-se uma tendência de desenvolvimento de estudos com foco na construção de instrumentos a partir da identificação de dimensões de análises, como em trabalhos sobre a avaliação da gestão para o planejamento em saúde<sup>42,43</sup>, cujas metodologias aproximam-se bastante da adotada neste estudo. Pesquisa mais abrangente que inclua a VISAM de outros estados brasileiros possibilitará tal comparação e subsidiará a tomada de decisões sobre a priorização de ações para o setor.

Mesmo se tratando de uma avaliação pontual, cujo processo foi desenvolvido para esse fim e sabendo que os resultados encontrados podem se tornar difusos no complexo e amplo sistema onde se encontra inserida a VISAM, esta pode se constituir em procedimento de natureza corrente para subsidiar o planejamento e a gestão nesta área. Ações dos gestores públicos do setor, nas três esferas de governo, são necessárias e urgentes com foco em suprir as carências estruturais identificadas, como a realização de concursos públicos, a estruturação legal, física e administrativa, o que possibilitará que a VISAM avance na implementação do modelo norteador das ações da

VISA por meio do planejamento, execução, controle e avaliação adequados das suas políticas e ações, bem como realize, de forma efetiva, sua principal missão de contribuir para com a garantia dos preceitos constitucionais de direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad Saude Publica* 2006;22(5):1043-1051.
2. Oliveira Neto FS. Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasil: Ministério da Saúde/ANVISA. Resenha. @*INTERFACEHS-Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente* 2008;3(2) [acesso 2010 dez 13], Disponível em: <<http://www.interfacehs.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/123/139>>.
3. Cohen MM. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Rev Saude Colet* 2009;19(3):867-901.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília (DF): *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
5. Costa EA. Conceitos e áreas de abrangência. In: Rozenfeld S, organizadores. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.41-48.
6. Magalhães MCC, Freitas RM. Apontamentos para a discussão da vigilância sanitária no modelo de vigilância à saúde. In: Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM, organizadores. *Vigilância Sanitária (Cadernos de Saúde; 4)*. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.p.29-37.
7. Bahia L, Costa NR, Stralen CVan. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Cienc Saude Colet* 2007;12(supl.):1791-1818.
8. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cienc Saude Colet* 2007;12(supl.):1819-1829.
9. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006;11(3):705-711.
10. Santos TMMG, Silva NC, Nogueira LT, Vilarinho LM, Nunes GBL. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. *Rev Rene* 2010;11(3):171-179.
11. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M; Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):711-724.

12. Sancho LG, Dain S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Cien Saude Colet* 2012;17(3):765-774.
13. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet* 2012;17(4):901-911.
14. Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev Saude Publica* 2010;44(2):318-24.
15. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGCS. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. *Cien Saude Colet* 2012;17(4):915-920.
16. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000;34(5):547-559.
17. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saude Publica* 1994;10(1):80-91.
18. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Intern J Epidemiology* 1999;28:10-18.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 233 p.:Il– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
20. Michaloski LCR. *Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do estado de São Paulo* [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2008.
21. Leal COBS, Teixeira CF. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador-BA, Brasil. *Interface Comun Saude Educ* 2009;13(30):167-179.
22. Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Cien Saude Colet* 2004;9(2):493-505.
23. Marangon MS, Scatena JHG, Costa EA. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). *Rev Adm Publica* 2009;43:457-479.
24. O'dwyer G, Reis DCS, Silva LLG. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Cien Saude Colet* 2010;15(7):3351-3360.
25. Battessini M. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
26. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cad Saude Publica* 2009; 25:2201-2217.

27. Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont UM, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, Lima LFM. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8:83-95.
28. Barbosa AO, Costa EA. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Cien Saude Colet* 2010;15(7):3361-3370.
29. Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.3):3329-3340.
30. Souza JS, Stein AT. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Cien Saude Colet* 2008; 13:2225-2238.
31. Estado de Goiás. Lei nº 16.140 de 02 de outubro de 2007. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde–SUS, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, regulamentação, fiscalização e o controle dos serviços correspondentes. *Diário Oficial do Estado* 2007;5 out.
32. Spector PE. *Psicologia nas Organizações*. Tradução Moreira Cid K, Moreira Célio K; revisão técnica Silva NB; 3 ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
33. Mendes AMB, Ferreira MC. Contexto de trabalho. In: Siqueira MMM, org. *Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.111-123.
34. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica* 2005;39(3):507-514.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo I da Portaria nº 1.106 de 12 de maio de 2010. Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária. *Diário Oficial da União* 2010; 14 maio.
36. Estado de Goiás. Secretaria de Saúde. Modelo Padronizado do Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012 – Instrumento de Monitoramento da Programação Anual das Ações de VISA. *Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás 2010*. Arquivo disponibilizado em 18/10/2010.
37. Levin J. *Estatística aplicada às ciências humanas*. 2ª ed. São Paulo: Harbra; 1987.
38. De Seta MH, Dain S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Cien Saude Colet* 2010;15(supl.3):3307-3317.
39. Balista SRR, Santiago SM, Correa Filho HR. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cad Saude Publica* 2011;27(4):759-768.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília: MS, 2009.



41. Santos SSBS, Melo CMM, Costa HOG, Tanaka OU, Ramos FM, Santana MCC, Trindade BG. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no Estado da Bahia. *Cien Saude Colet* 2012;17(4):873-882.
42. Berreta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad Saude Publica* 2011;27(11):2143-2154.
43. Lacerda JT, Calvo MCM, Berretta IQ, Ortega AMB. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):851-859.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos gestores e fiscais sanitários da VISAM dos municípios participantes do estudo; ao Túlio Gonçalves Lourenço Filho pelo auxílio na coleta de dados; Ao Hugo Vinícius Leão e Silva, Caio Marcelo Nunes, João Batista Peres Júnior e Graziella Dela Coleta pelo apoio nas áreas técnica e da tecnologia da informação.

Ao corpo técnico da SUVISA/SES/GO: Tânia da Silva Vaz, Angela M. M. M. Cardoso, João Ferreira de Moraes, Norma Chaves, Magna M. Carvalho, Jorge C. Mota, Daniel Batista e Aurea S. Pantaleão, que contribuíram com o fornecimento de informações e dados que possibilitaram a realização deste estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e ao CNPq/Ministério da Saúde/Programa PPSUS pelo apoio financeiro e ao apoio logístico das seguintes instituições: Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, Universidade Estadual de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás.

## **AUTORIA**

MAS Melo, JCB Bezerra, KE Puente-Palacios, JA Dela Coleta e AM Castro foram responsáveis pela concepção do projeto; MASM, MF Dela Coleta e JA Dela Coleta realizaram as análises e interpretação dos dados; MAS Melo, MF Dela Coleta e JCB Bezerra responsabilizaram-se pela aprovação da versão a ser publicada; todos os autores participaram da redação da ou da revisão crítica do artigo.

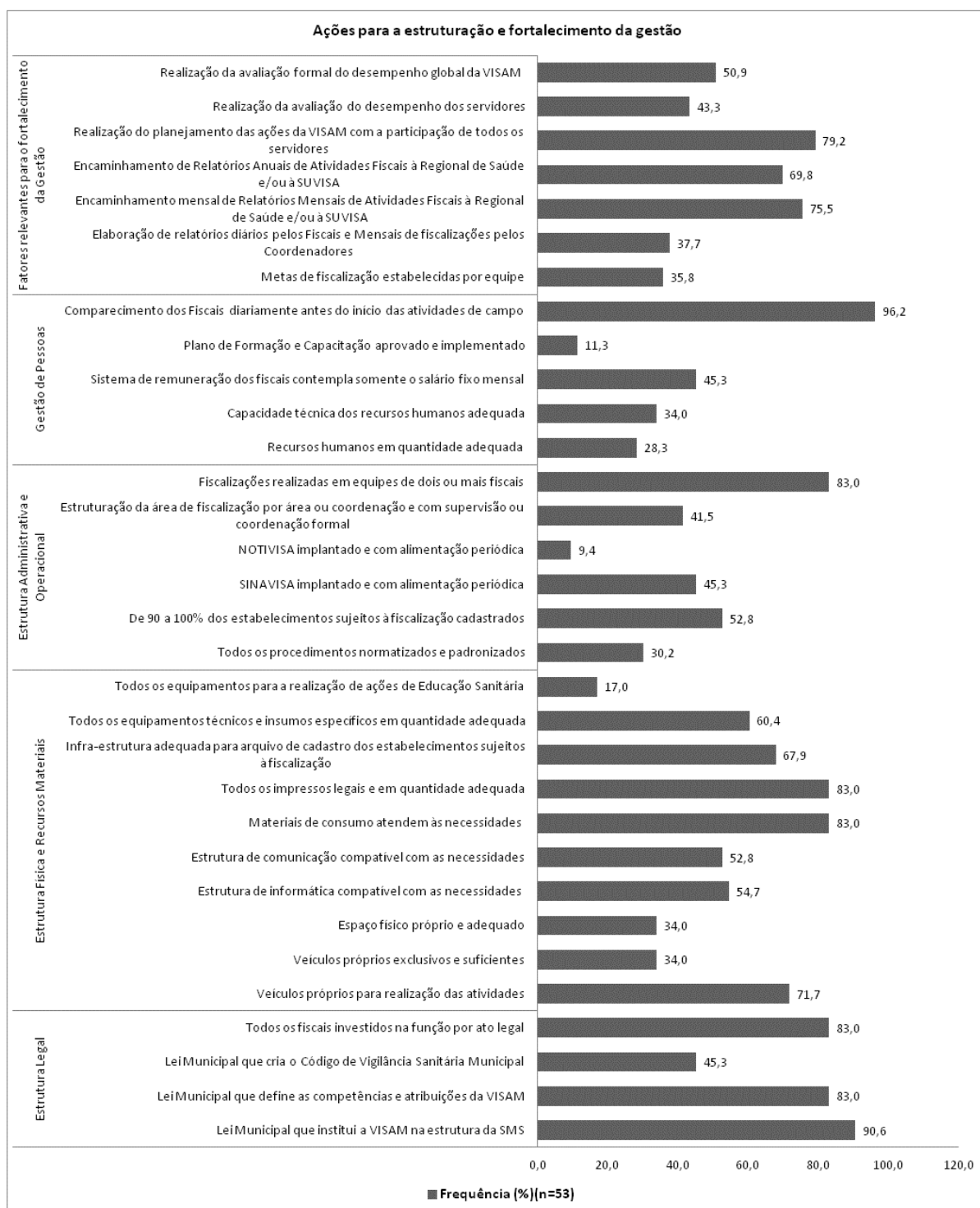
**Quadro1. Agrupamento das questões do instrumento "Caracterização do Trabalho (CT)" com foco no Elenco Norteador das Ações de VISA e no instrumento de pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012**

<i>Grupo de Ações</i>	<i>Dimensões</i>	<i>Itens do questionário CT</i>
Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão	Estrutura legal	1, 2, 3 e 5
	Estrutura física e recursos materiais	28, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
	Estrutura administrativa e operacional	4, 7, 13, 15, 19, 20
	Gestão de pessoas	17, 18, 22, 23, 24
	Fatores relevantes para o fortalecimento da gestão	21, 25, 26, 27, 29, 30, 31
Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário	Produtos, serviços de saúde e interesse à saúde e ambientes e ações laboratoriais	10, 12, 14
	Educação e comunicação em saúde para a sociedade	8, 11, 16
	Ações integrais e intersetoriais de saúde	6, 9

**Tabela 1. Porcentagens de respostas assinaladas na melhor opção em cada questão do questionário CT para cada classe populacional (indica o número de municípios que atendem aos critérios)**

<i>Classes populacionais</i>	<i>N</i>	<i>Número de respostas na opção ideal</i>				
		<b>Q20 – Fiscalizações realiaada em equipes</b>	<b>Q21 – Metas de fiscalização estabelecidas por equipes</b>	<b>Q22 – Comparecimento dos fiscais diariamente na vigilância sanitária</b>	<b>Q23 – Sistema de remuneração contempla adicionais</b>	<b>Q34 – Estrutura de informática compatível com as necessidades</b>
Até 10.000 habitantes	5	5	2	5	5	4
De 10.000 a 20.000	6	5	2	6	5	6
De 20.000 a 30.000	12	11	4	12	5	8
De 30.000 a 40.000	6	6	3	6	2	2
De 40.000 a 50.000	5	4	0	5	2	2
De 50.000 a 100.000	11	8	5	11	4	4
De 100.000 a 500.000	7	5	3	6	1	3
Mais de 500.000 habitantes	1	0	0	0	0	0

Nota: A classificação das classes populacionais teve como base as tabelas populacionais do Censo Demográfico do IBGE e adaptada para os dados amostrais.



**Gráfico 1. Síntese dos resultados do “Questionário Caracterização do Trabalho (CT)” segundo o grupo de “ações para a estruturação e fortalecimento da gestão” e respectivas dimensões atinentes à VISAM dos municípios participantes do estudo.**



**Gráfico 2. Síntese dos resultados do “Questionário Caracterização do Trabalho (CT)” segundo o grupo de “Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário” e respectivas dimensões atinentes à VISAM dos municípios participantes do estudo.**

## **Artigo 2 – Comprometimento organizacional de trabalhadores da vigilância sanitária municipal**

### **Employees' Organizational commitment of municipal health surveillance**

#### **RESUMO**

Reconhecendo a importância das ações da vigilância sanitária como protetoras da saúde pública e dos recursos humanos na viabilização e implementação das políticas instituídas no âmbito do SUS, foi investigado o nível de comprometimento organizacional em uma amostra de fiscais sanitários e analisadas possíveis diferenças entre os grupos divididos de acordo com suas características sócio-demográficas. Participaram 335 fiscais da vigilância sanitária de 53 municípios goianos que responderam a Escala de Bases do Comprometimento Organizacional e um inventário de dados pessoais e profissionais. Utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, versão 18, para tratamento estatístico, que envolveu análises descritivas, análise de variância e testes Qui-Quadrado. Encontrou-se alto comprometimento da amostra nas bases obrigação pelo desempenho e afetiva, bem como diferenças entre grupos quando levadas em conta as características individuais e profissionais. Os gestores públicos da área devem atentar para a importância dos recursos humanos na implementação das políticas públicas instituídas no âmbito do SUS e priorizar ações que resultem em níveis elevados de comprometimento desses profissionais.

#### **Palavras-chave**

Vigilância Sanitária; Comprometimento Organizacional; Recursos Humanos em Saúde; Serviços de Saúde.

#### **ABSTRACT**

Recognizing the importance of the actions of health surveillance as protective of public health and human resources in the feasibility and implementation of policies instituted of SUS scope, we investigated the level of organizational commitment in a sample of fiscal health and analyzed possible differences between groups divided according to

their socio-demographic characteristics. It was participated 335 fiscal health surveillance of 53 municipalities of Goiás that answered the Scale Bases of Organizational Commitment and an inventory of personal and professional data. We used SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, version 18, for statistical analysis, which involved descriptive analysis, analysis of variance and chi-square tests. It was met high commitment sample bases obligation for the performance and affective as well as differences between groups when taken into account the individual characteristics and professional. The area of public managers should pay attention to the importance of human resources in the implementation of public policies instituted under the SUS and prioritize actions that result in high levels of commitment of these professionals.

### **Keywords**

Health Surveillance, Organizational Commitment, Health Manpower, Health Services.

## **INTRODUÇÃO**

Em decorrência da complexidade dos desafios que lhe são inerentes e da necessidade de harmonização dos diferentes sistemas e processos que possam resultar na promoção da saúde, as organizações de saúde constituem-se em uma das mais complexas instituições da atualidade (Ruthes e Cunha, 2008). Da mesma forma, é complexa a gestão dos serviços de saúde, principalmente em função da sua grande variabilidade de objetos e objetivos, bem como dos saberes envolvidos (Amaral e Campos, 2011). As pessoas que compõem essas organizações são o diferencial para a implantação das diretrizes e políticas de saúde definidas no Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS apresenta diversos problemas que comprometem a qualidade dos serviços, como o da falta de gestão profissionalizada, seja pela inexistência de profissionais qualificados ou exercício das múltiplas e complexas tarefas, ou pela persistência das indicações políticas para os cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema público de saúde (Paim e Teixeira, 2007). Mudanças na gestão do trabalho no âmbito do SUS são necessárias e urgentes para que a população possa ser beneficiada com a melhoria dos serviços de saúde pública prestados.

A vigilância sanitária é um importante componente do SUS e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) que tem por objetivo eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde (Brasil, 1990). Para o funcionamento efetivo do SNVS, torna-se um grande desafio a estruturação e articulação dos serviços nas três esferas de governo. Isso implica na superação de uma gama de dificuldades, dentre as quais os recursos humanos insuficientes e sem especialização, sem acesso à educação permanente; inadequado ou insuficiente espaço físico; deficiência de equipamentos, veículos ou transportes e de recursos para a realização das fiscalizações; baixos índices de informatização e insuficiência de sistemas de informação; organização administrativa deficiente e códigos sanitários desatualizados (Brasil/CONASS, 2007).

Os recursos humanos têm se constituído em ponto crítico da área, em face da formação muito diversificada dos profissionais, do vínculo de trabalho e da carga horária muito variáveis. Estruturação de planos de cargos, carreiras e salários para o setor possibilitaria a redução da alta rotatividade dos trabalhadores desse setor (Brasil/CONASS, 2007).

A área de gestão de pessoas tem passado por transformações, principalmente saindo do foco operacional para o estratégico. As organizações preocupadas em estreitar as relações com seus recursos humanos reconhecem que o comprometimento constitui-se em um vínculo do trabalhador com os objetivos e interesses institucionais (Basso e Antoni, 2009; Leite e Albuquerque, 2011); consideram que o comprometimento está associado aos resultados do desempenho, que empregados comprometidos contribuem para a melhoria da qualidade e diminuição dos custos de desperdícios, da rotatividade e do absenteísmo (Borges, Marques e Adorno, 2006).

Mesmo sendo importante o estudo do comportamento do servidor público, a atenção dispensada aos recursos humanos nessas organizações ainda se encontra incipiente, inexistem condições efetivas de implantação de uma política adequada de recursos humanos, em face da falta de atenção e de capacidade dos governos para investir em infraestrutura para melhorar as condições de trabalho nessas organizações (Campos *et al.*, 2009; Basso e Antoni, 2009).

Reconhecendo a importância das ações da vigilância sanitária como protetora da saúde pública, este estudo, realizado no âmbito da vigilância sanitária municipal (VISAM) no Estado de Goiás, Brasil, teve o objetivo de verificar o nível de



comprometimento organizacional em uma amostra de fiscais trabalhadores da área e analisar as possíveis relações destes níveis com características pessoais e profissionais desta amostra.

O tema comprometimento no trabalho, em especial o comprometimento organizacional, tem sido objeto de estudos e interesse crescentes a partir do final da década de 1970, o que tornou o assunto um dos mais investigados no campo do comportamento organizacional (Bastos *et al.*, 2008). O comprometimento organizacional tem evoluído conceitualmente nesse período e criado controvérsias sobre a natureza dos vínculos empregado-organização (Medeiros *et al.*, 2005).

A pesquisa sobre comprometimento organizacional apresenta diversidade de definições e modelos teóricos que tem gerado uma gama de instrumentos de medida e resultado em fragmentação e redundância de conceitos. Morrow, em 1983, identificou 29 conceitos e medidas atribuídas ao comprometimento e os organizou em cinco grandes focos: valores, organização, carreira, trabalho e sindicato. Estes múltiplos focos ou partes do contexto podem ser alvo do vínculo do indivíduo, dentro e fora do ambiente de trabalho (Bastos *et al.*, 2008). Para compreender as questões conceituais, teóricas e empíricas que envolvem o comprometimento no trabalho, pesquisadores têm considerado em seus estudos esses diferentes focos, assim como as bases do comprometimento (afetivo, normativo, de continuação, afiliativo, alienativo, moral, calculativo etc.) (Rodrigues e Bastos, 2010).

Mesmo com a variabilidade dos estudos sobre o comprometimento e correspondentes definições, os pesquisadores do tema concordam que em todas elas há uma força que estabiliza e coage, que dá direção ao comportamento, como por exemplo, restringe a liberdade, liga a pessoa a um curso de ação, ficando a diferença relacionada a aspectos como a natureza ou a origem dessa força que direciona o comportamento (Bastos *et al.*, 2008).

Meyer e Allen (1990; 1991; 1997) estabeleceram as bases teóricas do modelo de três componentes do comprometimento, formada pelas bases afetiva, normativa e de continuação (instrumental), e admitiram, ao concluírem seus estudos, não haver clareza de que os mesmos são os únicos elementos constitutivos relevantes do comprometimento, havendo necessidade de mais pesquisas para identificar aqueles que melhor representem este construto.

O modelo de três componentes do comprometimento organizacional estabelecido por Meyer e Allen (1991) é o que tem tido maior aceitação entre os

pesquisadores, sendo estes autores reconhecidos como os mais importantes da década de 1990 na pesquisa sobre o tema por terem operacionalizado as diversas teorias existentes até então sobre o comprometimento organizacional (Mathieu e Zajac, 1990; Bastos, Brandão e Pinho, 1997; Tamayo *et al.*, 2001; Medeiros *et al.*, 2005; Cavalcante *et al.*, 2011). Validado em diversas culturas, o modelo possui os seguintes componentes: (a) comprometimento afetivo, no sentido de ser o comprometimento um apego, um envolvimento, onde ocorre a identificação com a organização, de forma que os empregados com forte comprometimento afetivo permanecem na organização porque eles querem; (b) comprometimento de continuação, tratado na literatura como instrumental, referente ao comprometimento percebido como custos associados a deixar a organização, de forma que empregados comprometidos instrumentalmente permanecem porque eles precisam, ou seja, o indivíduo permanece na empresa (adota uma ação consistente) devido à percepção dos custos ou perdas associados a sua saída; e (c) comprometimento normativo, definido inicialmente por *obligation*, em que o comprometimento é tido como uma obrigação em permanecer na organização, reconhecendo que empregados com comprometimento normativo permanecem porque eles sentem que são obrigados. Contrapondo os enfoques instrumental e afetivo, o vínculo normativo constitui-se de um conjunto de pensamentos, de reconhecimento, de obrigações e deveres morais para com a organização, estes associados a sentimentos de culpa, incômodo, apreensão e preocupação a partir do momento que o empregado pensa ou planeja deixar a organização. Vista como uma obrigação em permanecer na organização, esta abordagem tem sido menos comum.

O modelo de três componentes do comprometimento organizacional de Meyer e Allen foi validado no Brasil por Medeiros e Enders (1998) e Bandeira, Marques e Veiga (2000), no entanto estes encontraram índices moderados de consistência interna para os três componentes da teoria e baixo percentual de variação total explicada, denotando a existência de indicadores pouco adequados dentro do instrumento.

Reconhecendo a falta de consenso sobre os múltiplos componentes do comprometimento organizacional, assim como sua multidimensionalidade, Medeiros (2003; Medeiros *et al.*, 2005) realizaram estudos exploratórios dos componentes deste constructo que resultaram no desenvolvimento da Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO), projetada para mensurar sete bases do comprometimento organizacional: afetiva (crença e identificação com a filosofia, os

valores e os objetivos organizacionais); obrigação em permanecer (crença de que tem uma obrigação em permanecer; de que se sentiria culpado em deixar; de que não seria certo deixar; e de que tem uma obrigação moral com as pessoas da organização); obrigação pelo desempenho (crença de que deve se esforçar em benefício da organização e que deve buscar cumprir suas tarefas e atingir os objetivos organizacionais); afiliativa (crença que é reconhecido pelos colegas como membro do grupo e da organização); falta de recompensas e oportunidades (crença de que o esforço extra em benefício da organização deve ser recompensado e de que a organização deve lhe dar mais oportunidades); linha consciente de atividade (crença de que deve manter certas atitudes e regras da organização com o objetivo de se manter na organização); e escassez de alternativas (crença de que possui poucas alternativas de trabalho se deixar a organização). A ampliação do número de bases do comprometimento teve origem nos estudos sobre a dimensionalidade das bases do comprometimento instrumental e normativa, pela evidência de que estas bases são integradas por fatores diversos empírica e conceitualmente (Medeiros, 2003; Medeiros *et al.*, 2005; Bastos *et al.*, 2008).

Segundo Medeiros (2003) algumas bases do comprometimento organizacional apresentam relação diretamente proporcional ao desempenho da organização, enquanto outras são inversamente proporcionais. Assim, nas bases afetiva, afiliativa, obrigação em permanecer e obrigação pelo desempenho é importante para o desempenho um alto comprometimento, enquanto que nas bases instrumentais, escassez de alternativas, linha consistente de atividade e falta de recompensas e oportunidades é importante que o comprometimento seja baixo.

Quanto aos antecedentes do comprometimento, são encontrados estudos buscando respostas a partir das variáveis pessoais e organizacionais. As características individuais, categorizadas como micro-organizacionais, como as biográficas, as habilidades, a aprendizagem, os valores, a percepção, a tomada de decisão, personalidade e atitudes eram as mais frequentes estudadas no campo do comportamento organizacional (Bowditch e Buono, 1992). Sobre a influência das variáveis de nível individual no comprometimento organizacional, uma síntese dos estudos aponta que as características individuais podem explicar a diferença de desempenho e de comportamento de um indivíduo para outro (Medeiros e Enders, 2002).

No tocante às características biográficas, uma meta-análise de Mathieu e Zajac (1990) concluiu que maior comprometimento foi encontrado entre trabalhadores com mais idade, mais tempo na empresa, menor nível educacional e *locus* de controle mais externo. Em uma revisão realizada por Bastos (1993) foi encontrado que o comprometimento era maior quanto maior fosse a idade, o tempo de empresa, o nível ocupacional e a remuneração, bem como ser do sexo masculino e ter baixo nível educacional. Também já foi identificado maior comprometimento entre pessoas do sexo feminino (Medeiros e Enders, 2002) e com alto nível de escolaridade (Tejos-Saldiva, 2006), bem como menor comprometimento entre pessoas casadas (Joiner e Bakalis, 2006). Tal inconsistência de resultados deve-se às características de cada trabalho e das amostras e ao tipo de comprometimento avaliado, se afetivo, normativo ou calculativo.

Medeiros (2003) buscou estabelecer relações do comprometimento com as características organizacionais (antecedentes) e com o desempenho (consequente). Encontrou que a confiança, descentralização e trabalho em equipe influenciam positivamente o comprometimento e o desempenho; que atributos organizacionais como hierarquização, especialização dos cargos e rigor pelos resultados acarretam a diminuição do comprometimento e do desempenho dessas organizações. Conclui que o comprometimento organizacional leva as organizações a um melhor desempenho.

Entender o comprometimento das pessoas em instituições públicas é importante no sentido de serem desenvolvidas práticas de recursos humanos que retenham funcionários que possam contribuir para a melhor eficiência e produtividade institucional e melhor atender às necessidades dos cidadãos. Isso em função do pressuposto que guia a maior parte da pesquisa sobre o tema no sentido de que altos níveis de comprometimento do indivíduo com a organização é altamente positivo ou benéfico para ambos (Bastos, 1993), resultando em um melhor desempenho organizacional (Medeiros, 2003).

Adotando a concepção de comprometimento afetivo de Mowday, Porter e Steers (1979), que enfatiza a natureza do processo de identificação do indivíduo com os objetivos e valores da organização, e a escala reduzida proposta por Bastos (1994), um estudo analisou o comprometimento organizacional de servidores públicos ligados às atividades de saúde, educação e segurança (Flauzino e Borges-Andrade, 2008). O comprometimento dos servidores foi caracteristicamente afetivo e vinculado à missão institucional percebida e não à missão real; altos níveis de comprometimento afetivo foram identificados entre os servidores da área de segurança, quando comparada às

áreas da saúde e educação, embora isso possa ter ocorrido em função do nível de escolaridade mais baixo entre os profissionais da segurança.

Diversos são os estudos brasileiros envolvendo a variável comprometimento organizacional, porém desenvolvidos no âmbito da vigilância sanitária não foram identificados. Uma revisão daqueles que utilizaram a Escala Bases do Comprometimento Organizacional – EBACO (Medeiros, 2003; Medeiros *et al.*, 2005; Bastos *et al.*, 2008), que avalia sete dimensões do comprometimento, mostra a predominância de certas bases em amostras brasileiras. Os resultados dos estudos encontraram alto comprometimento relacionado com a obrigação pelo desempenho (Nogueira, 2011; Holleben, 2012; Campos, 2011; Kuabara e Sachuk, 2010; Santos, 2010; Aquino, 2010; Pena, 2009; Halla, 2010; Sousa, 2010); alto nível ou acima da média no comprometimento afetivo (Nogueira, 2011; Campos, 2011; Kuabara e Sachuk, 2010; Santos, 2010; Pena, 2009; Halla, 2010; Sousa, 2010), bem como baixo comprometimento nas bases obrigação em permanecer na organização, manter linha consistente de atividades para permanecer na organização, perceber falta de recompensas e oportunidades pela organização e escassez de alternativas de trabalho fora dela (Nogueira, 2011; Campos, 2011; Santos, 2010; Pena, 2009; Halla, 2010). As bases afiliativa (Aquino, 2010; Sousa, 2010) e escassez de alternativas (Holleben, 2012) tiveram níveis acima da média em alguns dos estudos revisados, assim como na base linha consistente de atividade (Aquino, 2010). O baixo comprometimento na base afiliativa também foi encontrado (Santos, 2010; Halla, 2010).

Entre estudos que utilizaram a escala EBACO, os resultados mostram diferenças entre grupos divididos em função de suas características pessoais, porém os resultados mais consistentes referem-se à idade e ao tempo de empresa, de modo que, em geral, o comprometimento afetivo, afiliativo, o sentimento de obrigação em permanecer e a crença de que devem manter uma linha consistente de atividades para permanecer no trabalho são encontrados em trabalhadores mais idosos e com maior tempo de serviço, enquanto a obrigação pelo desempenho é mais acentuada em trabalhadores com pouco tempo de contrato (Aquino, 2010; Fagundes, 2011; Santos, 2010). Diferenças de comprometimento entre sexos ou estado civil não têm sido consistentes entre os estudos, já o nível de escolaridade pode diferenciar os trabalhadores na medida em que o grupo de nível mais baixo percebe maior obrigação em permanecer e escassez de alternativas de trabalho fora do emprego atual (Santos, 2010; Holleben, 2012). A remuneração também está associada ao comprometimento, de

modo a suscitar naqueles que recebem baixos salários a percepção de que a empresa não lhes oferece recompensas e oportunidades, gerando maior desejo de trabalhar em outro emprego (Fagundes, 2011).

Sobre a importância das características individuais para o comprometimento organizacional não se encontra unanimidade entre os autores, com alguns sustentando o impacto das características pessoais, além das estruturais e do trabalho, a experiência laboral e a estrutura organizacional (Mowday, Porter e Steers, 1979 e 1982; Mathieu e Zajac, 1990) e outros refutando tal impacto pela inconsistência dos resultados obtidos nos estudos já realizados (Mottaz, 1988).

A definição de comprometimento organizacional adotada neste estudo constitui-se no sentimento de responsabilidade que os servidores da vigilância sanitária têm que os leva a disporem de esforço considerável em benefício da instituição e a desejarem se manter como seus membros, sendo mensurada a partir de sete bases do comprometimento organizacional: afetiva, obrigação em permanecer, obrigação pelo desempenho, afiliativa, falta de recompensas e oportunidades, linha consistente de atividade e escassez de alternativas.

## **METODOLOGIA**

Constituiu-se no campo de estudo a vigilância sanitária municipal (VISAM) dos 246 municípios goianos que possuíam em outubro de 2010 mais de três fiscais exercendo as atividades de fiscalização. Inicialmente, 53 municípios atenderam esse critério de inclusão, para os quais foi enviada correspondência com informações sobre o estudo e solicitando a colaboração. Dada à dinâmica da composição dos quadros nos serviços públicos, no período de coleta de campo, somente 42 municípios atendiam o mencionado critério, entretanto decidiu-se por manter na amostra todos os que se dispuseram previamente a colaborar.

Participaram 335 (70,8%) fiscais do total de 473 trabalhadores nos 53 municípios selecionados. O número de municípios participantes corresponde a 21,4% do total de 246 que integram as 16 regionais de saúde do Estado de Goiás.

Os dados de caracterização dos 335 respondentes fiscais da VISAM mostraram equilíbrio em número de participantes de cada grupo de gênero (50,3% masculino e 49,7% feminino); a idade distribuiu-se em todas as faixas, com menor concentração (5,7%) na faixa etária até 25 anos; a maioria era casada (65,7%), com

nível de escolaridade entre o ensino médio (23,6%) e a pós-graduação (34,3%). Observou-se uma distribuição com maior incidência de fiscais com formação superior (63,6%), incluídos aqueles com ensino superior completo e pós-graduação completa e incompleta. As informações profissionais revelaram que a maioria era servidor efetivo da VISAM (71,0%), trabalhava para a mesma por um tempo compreendido entre 1 e 15 anos (79,7%) e não exercia atividade de coordenação, supervisão ou gerência da equipe (82,7%).

Para a coleta de dados foi organizado um questionário contendo o Inventário de Características Demográficas e Funcionais (ICDF) para o levantamento de dados pessoais e profissionais dos respondentes e a escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO).

A EBACO (Medeiros, 2003; Medeiros *et al.*, 2005; Bastos *et al.*, 2008) amplia as três dimensões do comprometimento organizacional originalmente desenvolvidas por Meyer e Allen (1991) e é composta por 28 itens respondidos em escala tipo Likert de cinco pontos, para mensurar sete bases do comprometimento organizacional, com os seguintes valores de alfa obtidos no estudo original de Medeiros (2003): afetiva = 0,84; obrigação em permanecer = 0,87; obrigação pelo desempenho = 0,77; afiliativa = 0,80; falta de recompensas e oportunidades = 0,59; linha consciente de atividade = 0,65; e escassez de alternativas = 0,73.

No que se refere à forma de avaliação dos níveis de comprometimento, Medeiros (2003) definiu valores-limite para interpretação de cada nível (baixo comprometimento, comprometimento abaixo da média, comprometimento acima da média, alto comprometimento), diferentes para cada uma das sete bases por terem sido obtidos a partir de dados amostrais.

Após uma aplicação piloto do questionário a seis fiscais da VISAM de municípios menores, não participantes do estudo, foram procedidas alterações na escala EBACO original para adaptá-la à realidade dos participantes no que diz respeito aos termos utilizados e no nível de resposta, passando de seis para cinco opções. Devido a esta última modificação, após a coleta de dados, as respostas foram transformadas de modo a obter seus valores correspondentes na escala de seis pontos original, permitindo a interpretação conforme proposta pelo autor.

A coleta de dados ocorreu na sede da VISAM dos municípios participantes do estudo, no período de março a junho de 2011, e precedeu de processo de adesão ao estudo, ocasião em que foram repassados os esclarecimentos sobre os objetivos da

pesquisa, o uso das informações coletadas exclusivamente para fins do estudo, a preservação da identidade dos respondentes e sobre a adesão voluntária ao estudo.

Os dados foram transcritos para uma planilha do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, versão 18, para tratamento estatístico, que envolveu análises descritivas (média e desvio padrão) para caracterização da amostra e avaliação dos níveis de comprometimento organizacional e cálculo das frequências de respondentes nos diferentes níveis de comprometimento; teste de confiabilidade da escala EBACO (alfa de Cronbach), cruzamento de variáveis pessoais e profissionais com o nível de comprometimento organizacional e testes Qui-Quadrado para verificar a associação entre estas variáveis, com análise das proporções nas colunas para identificar os grupos significativamente ( $p < 0,05$ ) mais comprometidos.

## RESULTADOS

Os testes de confiabilidade da EBACO mostraram os seguintes índices de consistência interna para esta amostra (alfa de Cronbach): Comprometimento Afetivo = 0,81; Obrigação em permanecer = 0,89; Obrigação pelo desempenho = 0,79; Afiliativo = 0,79; Falta de recompensas e oportunidades = 0,59; Linha consistente de atividade = 0,58; e Escassez de alternativas = 0,79. Tais índices indicam que cada conjunto de quatro itens forma um fator que representa cada uma das dimensões teoricamente definidas pelos autores. Os fatores “Falta de recompensas e oportunidades” e “Linha consistente de atividade” tiveram os índices alfa baixos para esta amostra, resultados que de certa forma são compatíveis com aqueles encontrados no estudo original (Medeiros, 2003) no qual os alfas encontrados foram de 0,59 e 0,65 respectivamente. No entanto, ocorrências dessa natureza são frequentes e tendem a acontecer quando a escala tem número reduzido de itens (Cortina, 1993). Os demais fatores do instrumento EBACO apresentaram índices de confiabilidade indicando boa consistência interna.

Quando analisadas e interpretadas as médias obtidas na EBACO (Tabela 1), a amostra de fiscais da VISAM demonstrou alto comprometimento quanto ao sentimento de obrigação pelo desempenho e baixa percepção de escassez de alternativas se deixar a organização, níveis considerados ideais para estas bases tendo em vista o melhor desempenho esperado para estes padrões de comprometimento. Entretanto, em algumas bases a dispersão das médias foi alta, o que sugeriu uma investigação sobre a distribuição destas médias em cada classe de acordo com os valores de referência



(Tabela 2). Esta análise mostrou que 97% dos sujeitos foram classificados com nível alto na base Obrigação pelo desempenho, enquanto na base escassez de alternativas a dispersão foi alta ( $DP = 4,39$ ), com a maioria da amostra (66,7%) classificada no nível baixo, observando-se 16,8% classificados abaixo da média, 13,2% acima da média e, ainda, 3,3% com alto comprometimento nesta base (Tabela 2).

Também foram encontrados indicadores de comprometimento acima da média para a base afetiva, com 49,8% dos respondentes assim classificados, porém 29,7% deles mostraram alto comprometimento.

Entre as bases para as quais se espera baixo comprometimento, a percepção de falta de recompensas e oportunidades oferecidas pela organização e manter uma linha consistente de atividades para permanecer na organização mostraram valores abaixo da média (Tabela 1). Neste nível concentraram-se 47% dos respondentes na primeira base e 33,8% na segunda, porém um grupo de 21,2% e outro de 21,0% mostraram baixo comprometimento respectivamente nestas duas bases (Tabela 2).

(Inserir Tabela 1)

A Tabela 1 mostra, ainda, que era esperado alto comprometimento para as bases Obrigação em permanecer e Afiliativa, mas os respectivos resultados ficaram nos níveis baixo e abaixo da média para estas bases. De acordo com a Tabela 2, apenas 7,6% da amostra mostraram alto comprometimento quanto à Obrigação em permanecer, enquanto na base Afiliativa ninguém obteve média indicadora de alto comprometimento, mas 48,8% foram classificados acima da média.

(Inserir Tabela 2)

Finalmente, buscou-se verificar a relação entre as características pessoais e profissionais (sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, tempo de serviço na vigilância sanitária municipal, exercer ou não atividade de coordenação ou supervisão e tipo de vínculo empregatício) e o grupo a que pertencem os fiscais classificados segundo o nível de comprometimento organizacional interpretado de acordo com os valores de referência aplicados na Tabela 2. Foram elaboradas tabelas cruzadas e calculados os valores do Qui-Quadrado com análise das proporções em cada nível, para cada uma das bases de comprometimento. Os resultados significativos dos testes Qui-Quadrado estão dispostos na Tabela 3 e os resultados dos testes de proporcionalidade nos grupos são comentados a seguir.

Alto comprometimento afetivo foi verificado entre os fiscais na faixa etária de 41 a 45 anos em relação à faixa de 26 a 30 anos, com graus de escolaridade mais

baixos (fundamental e médio) comparados aos de nível superior e com pós-graduação, e com outros vínculos (temporários, comissionados e de outros órgãos) em relação aos efetivos da VISAM.

De modo semelhante, alto sentimento de obrigação em permanecer diferenciou os grupos por idade, escolaridade e vínculo empregatício, porém nenhum grupo destacou-se na classe com alto comprometimento. Além disso, foram proporcionalmente mais numerosos na classe com baixo comprometimento os fiscais com nível superior e pós-graduação e aqueles com contrato efetivo na VISAM.

Não houve sujeitos com alto comprometimento na base Afiliativa, sendo mais numerosos, na classe acima da média, os grupos com idade entre 41 e 45 anos comparativamente aos de 31 a 35 anos, aqueles que exercem atividade de gerência ou coordenação e os casados e separados, em relação aos solteiros.

Nas bases em que se espera baixo comprometimento para melhor desempenho, apenas quanto à percepção de falta de recompensas e oportunidades os grupos tiveram frequências diferentes. Assim, foram proporcionalmente mais numerosos o grupo feminino, com pós-graduação em relação aos de nível médio, e os separados conjugalmente, comparados aos solteiros e casados. Observou-se também que os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos predominam em proporção nas classes com alto comprometimento e acima da média.

O tempo de serviço não foi associado aos níveis de comprometimento.

(Inserir Tabela 3)

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

A análise dos dados deste estudo mostrou alto e inequívoco comprometimento quanto à obrigação pelo desempenho, indicando que estes trabalhadores compartilham a crença de que devem se esforçar em benefício da VISAM, buscar cumprir suas tarefas e atingir os objetivos organizacionais. Esses resultados são compatíveis com os encontrados por Nogueira (2011), Holleben (2012), Campos (2011), Kuabara e Sachuk (2010), Santos (2010), Aquino (2010), Pena (2009), Halla (2010) e Sousa (2010), estudando amostras de trabalhadores de diferentes categorias, empregados em instituições públicas e privadas em diversas regiões do país.

O comprometimento afetivo na amostra estudada situou-se acima da média, com um grupo de fiscais (29,7%) mostrando alto comprometimento, significando que

estes profissionais tendem a ter a crença e identificação com a filosofia, os valores e os objetivos da VISAM. A presença do vínculo afetivo com a organização de trabalho em níveis alto ou acima da média tem sido verificada em diversos estudos brasileiros (Xavier, 2005; Salgado, 2008; Nogueira, 2011; Campos, 2011; Kuabara e Sachuk, 2010; Santos, 2010; Pena, 2009; Halla, 2010; Sousa, 2010). Alves (2011) encontrou frágil comprometimento afetivo de enfermeiros em relação ao hospital universitário onde trabalhavam, porém, na época, este passava por uma reorganização nas carreiras de seus funcionários, o que, segundo a autora, pode ter afetado os sentimentos e percepções sobre a instituição empregadora.

Esperava-se alto comprometimento quanto à obrigação em permanecer e ao sentimento afiliativo, mas os resultados mostraram comprometimento baixo e abaixo da média respectivamente para estas bases. O baixo comprometimento no sentimento de obrigação em permanecer significa que a maioria dos fiscais da VISAM não acredita que têm obrigação de permanecer trabalhando na instituição, não se sentiriam culpados em deixá-la e não sentem que têm uma obrigação moral com as pessoas que lá trabalham. O comprometimento abaixo da média para um alto resultado esperado na dimensão afiliativa indica que os fiscais da VISAM acreditam que não são reconhecidos pelos colegas como membro do grupo e da organização onde trabalham, apesar de haver um grupo (48,8%) que mostrou comprometimento afiliativo acima da média.

Os estudos de Nogueira (2011), de Campos (2011), de Santos (2010), de Pena (2009) e de Halla (2010) também apresentaram resultados semelhantes aos deste estudo, apontando para uma tendência de baixo comprometimento relacionado com o sentimento de obrigação em permanecer na organização. Quanto à dimensão afiliativa, comprometimento abaixo da média foi encontrado nos estudos de Santos (2010) e Halla (2010). Contrapondo a estes dados, encontram-se os estudos de Aquino (2010) e de Sousa (2010) que obtiveram alto comprometimento para a base afiliativa.

Entre as bases de comprometimento que se espera sejam baixas, destacou-se a percepção de escassez de alternativas, com a maioria dos fiscais (66,7%) demonstrando baixo comprometimento, ou seja, eles percebem que possuem alternativas de trabalho se deixar a instituição, apesar desta percepção não ser compartilhada igualmente pelos componentes da amostra. Este resultado foi semelhante a outros estudos realizados no Brasil (Nogueira, 2011; Campos, 2011; Santos, 2010; Pena, 2009; Halla, 2010), entretanto, Holleben (2012) encontrou o nível de comprometimento instrumental da base escassez de alternativas acima da média em sua

amostra de trabalhadores de uma rede hoteleira do sul do país. Assim, é possível que tais resultados possam estar refletindo a realidade do mercado de trabalho momentâneo em cada área e região geográfica.

Os participantes do estudo tendem também a perceber que a VISAM não precisa dar-lhes mais oportunidades ou recompensar o benefício extra que lhe é dispensado, bem como tendem a não perceber a necessidade de manutenção de certas atitudes e regras para permanecer na organização, sendo isto feito através de uma linha consistente de atividades. Tais resultados se referem a comprometimento abaixo da média, mas parte dela (21%) mostrou baixo comprometimento, conforme esperado.

Resultados compatíveis com este estudo também foram encontrados por Nogueira (2011), Campos (2011), Santos (2010), Pena (2009), Halla (2010), nos quais as amostras apresentaram médias baixas para o baixo resultado esperado destas dimensões do comprometimento organizacional. Contrapondo esses resultados, Aquino (2010) encontrou comprometimento acima da média na base “linha consistente de atividade”.

Mesmo não havendo consenso entre os diversos estudiosos do tema sobre a influência de características individuais e profissionais no comprometimento organizacional, e mesmo alguns estudos mostrando que as características pessoais não explicam o comprometimento organizacional (Azevedo, 2006; Xavier, 2005), realizou-se uma comparação entre grupos da amostra levando-se em conta o sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, tempo de serviço, tipo de atividade exercida (exercer ou não atividade de gerência, coordenação ou supervisão da equipe de fiscais) e tipo de vínculo com a VISAM.

Observou-se, quanto ao sexo, que as mulheres apresentam menor crença de que o esforço extra em benefício da organização deve ser recompensado e de que a organização deve lhes dar mais oportunidades (baixo comprometimento) do que os homens, sendo estes relativamente mais numerosos na classe com comprometimento acima da média.

Alguns estudos têm encontrado diferenças entre homens e mulheres em diferentes bases do comprometimento organizacional (Aquino, 2010; Sousa, 2010; Fagundes, 2011). A esse respeito Mathieu e Zajac (1990) observam que a magnitude do efeito do sexo nos níveis de comprometimento organizacional é pequena e parece não ter relação consistente. A diversidade de resultados nas diferentes bases do

comprometimento organizacional sugere que as causas das diferenças entre os sexos devam ser procuradas a partir de variáveis organizacionais.

No que se refere à idade, maior comprometimento organizacional afetivo e afiliativo foram encontrados no grupo com idade entre 41 e 45 anos, que se diferenciou significativamente do grupo mais jovem. A obrigação em permanecer também foi associada à idade, mas nenhum grupo etário destacou-se com alto comprometimento. No estudo de Aquino (2010) o grupo de trabalhadores acima de 40 anos era o mais comprometido, com resultados significativos nas bases obrigação em permanecer, afetiva, linha consistente de atividade e afiliativa. Em outros estudos, idades mais elevadas mostraram uma associação positiva com comprometimento (Mathieu e Zajac, 1990; Bastos, 1993); pessoas de mais idade com maior comprometimento de base afetiva (Fagundes, 2011) e, em contraposição, uma correlação negativa da idade com a base afetiva (Santos, 2010).

O estado civil dos participantes foi associado ao comprometimento afiliativo e à percepção de falta de recompensas e oportunidades, com resultados mais baixos para o grupo de solteiros no comprometimento afiliativo, em relação aos casados e separados, e para o grupo de separados com baixo comprometimento quanto à percepção de recompensas e oportunidades, em relação aos outros dois grupos. Outros estudos têm encontrado diferenças relativas ao estado civil, porém em outras bases, tais como o comprometimento afetivo mais alto entre os casados (Joiner e Bakalis, 2006; Fagundes, 2011). Sobre os resultados inconsistentes desta variável Mathieu e Zajac (1990) sugerem maiores investigações.

O nível de escolaridade diferenciou significativamente os grupos, com maior comprometimento organizacional na base afetiva, maior sentimento de obrigação em permanecer, e mais alta percepção de recompensas e oportunidades, verificados nos grupos com baixos níveis de escolaridade (fundamental e médio), em relação aos grupos de nível superior e com pós-graduação. De acordo com o teste de proporção entre os grupos, a percepção de falta de recompensas e oportunidades diminui significativamente conforme cresce o nível de escolaridade. Estudos que avaliaram características pessoais encontraram resultados consistentes com estes, de modo que baixos níveis de escolaridade correspondem a maior comprometimento afetivo (Salgado, 2008) e maior obrigação em permanecer (Santos, 2010), sendo possível encontrar estudos em que os trabalhadores com altos níveis de escolaridade eram mais comprometidos (Joiner e

Bakalis, 2006; Tejos-Saldiva, 2006), resultado que os autores explicam como devido a incentivos organizacionais.

O tempo de serviço na VISAM não foi associado aos níveis de comprometimento, apesar de outros estudos terem identificado uma relação positiva (Bastos, 1993; Xavier, 2005; Fagundes, 2011), embora, em outros, o tempo de serviço tenha se correlacionado negativamente (Salgado, 2008; Santos, 2010; Aquino, 2010). Tal resultado pode refletir diferenças existentes entre as características das amostras e do trabalho investigado.

No que se refere ao tipo de função exercida na VISAM, o grupo que desempenha atividades de gerência, coordenação ou supervisão da equipe mostrou comprometimento acima da média na dimensão do comprometimento afiliativo, enquanto o grupo que não exerce tais atividades foi mais numeroso na classe com baixo comprometimento. Bastos (1993) também encontrou maior comprometimento associado ao maior nível ocupacional do empregado. Assim, é possível que, ao assumirem atribuições de níveis superiores, os profissionais se comprometam mais com a organização.

Quanto ao tipo de vínculo com a instituição, os servidores contratados, temporários ou comissionados, sem vínculo de servidor efetivo da VISAM ou de outros órgãos do município ou do Estado, mostraram comprometimento organizacional afetivo mais alto, bem como maior sentimento de obrigação em permanecer do que os servidores efetivos. Alves (2011), estudando profissionais de enfermagem estatutários e efetivos, não verificou diferença quanto ao comprometimento afetivo.

Os fiscais comissionados/temporários são profissionais de livre nomeação e que não vivenciam a segurança que o concurso possa lhes atribuir, motivo pelo qual eles podem ser mais comprometidos que os servidores efetivos da VISAM, o que também merece melhor investigação.

### **Considerações finais**

Vale considerar as limitações deste estudo, restrito à VISAM do Estado de Goiás, a maioria com mais de três servidores trabalhando em fiscalização sanitária no período de coleta de dados, portanto em serviços com uma organização e funcionamento mais estruturados em relação aos demais no estado. É importante investigar associações entre o comprometimento organizacional dos trabalhadores e as

variáveis organizacionais e do meio ambiente externo, como o nível de estruturação e organização dos serviços; a natureza do serviço desempenhado; e o porte dos municípios e suas distintas localizações geográficas e índices de desenvolvimento social e econômico (IDESE). Garibotti, Hennington e Selli (2006) encontraram piores condições de trabalho e baixa autoestima dos profissionais em cidades com menor IDESE.

Mesmo que haja uma tendência de que os trabalhadores de organizações privadas se comprometem mais do que os das instituições públicas (Fagundes, 2011), e que estas últimas apresentem inúmeras diversidades no seu contexto organizacional, é importante que os gestores públicos atentem para a importância dos recursos humanos como diferencial na implementação das políticas instituídas no âmbito do SUS e estabeleçam ações que priorizem o desenvolvimento e permanência desses recursos no âmbito dessas instituições. Os resultados mostrando o comprometimento dos trabalhadores da vigilância sanitária municipal na amostra estudada servem de exemplo no sentido de que, mesmo diante das adversidades enfrentadas pelo setor (Brasil/CONASS, 2007), eles, os servidores, se comprometem com as políticas, objetivos e metas institucionais direcionando-os para a adoção de comportamentos e atitudes que resultem no cumprimento do seu papel de atender às necessidades dos cidadãos com eficiência. Talvez se devam, também, ao fato de o trabalho da VISAM se constituir em algo complexo e desafiador que produz níveis elevados de comprometimento, como encontrado na revisão de Mathieu e Zajac (1990). Entretanto, é importante ressaltar que as origens do baixo comprometimento afiliativo e baixo sentimento de obrigação em permanecer deveriam ser investigadas para subsidiar decisões administrativas que possam vir a melhorar estes vínculos.

Carece agora investigar se esse comprometimento interfere positivamente nos resultados de desempenho institucional da VISAM, conforme ocorre entre outras categorias de trabalhadores (Tejos-Saldivia, 2006; Scheible e Bastos, 2007; Medeiros e Enders, 2002).

Importante salientar que a natureza multidimensional do comprometimento que fica evidenciada neste estudo e a inexistência de pesquisas sobre o tema no âmbito da vigilância sanitária também justificam maiores investigações para que possam ser comparados os resultados encontrados. Considerando que em estudo com os trabalhadores do Programa de Saúde da Família encontrou-se que o comprometimento daqueles profissionais estava ligado à satisfação com as políticas de recursos humanos e

com as dimensões do escopo do trabalho (Sanches *et al.*, 2010); e que os profissionais da área de segurança são mais comprometidos que os trabalhadores da educação e saúde (Flauzino e Borges-Andrade, 2008); pode-se inferir que há uma força que estabiliza o comprometimento dos profissionais da vigilância sanitária municipal, sendo importante o desenvolvimento de pesquisas nesta área para compreender quais são os fatores que predizem o comprometimento desses trabalhadores, assim como quais as variáveis que interferem nesse processo.

Há necessidade de que estudos de modelos causais sejam desenvolvidos, incluindo as relações mediadoras e moderadoras, com vistas a elucidar as condições de contorno dentro das quais certas características pessoais ou organizacionais exercem influência sobre o comprometimento organizacional ou limitam a sua influência sobre o comprometimento dos trabalhadores que resultem em instrumentos de gestão nos processos de gerenciamento dos recursos humanos e, por consequência, na melhoria dos resultados organizacionais, principalmente no setor da vigilância sanitária.

Espera-se que a vigilância sanitária supere as carências que tendem a persistir em seu contexto histórico de concepção e desenvolvimento, principalmente no que se refere aos aspectos dos recursos humanos e de infraestrutura organizacional. Assim, sua atuação ocorrerá de forma efetiva, permitindo que seus integrantes exerçam suas funções de forma comprometida em todas as suas dimensões.

### **Contribuição dos autores**

Maria Aparecida de Souza Melo, Marília Ferreira Dela Coleta e José Augusto Dela Coleta realizaram as análises e interpretação dos dados; Maria Aparecida de Souza Melo, Marília Ferreira Dela Coleta, Katia Elizabeth Puente-Palacios e José Cleildo Barreto Bezerra responsabilizaram-se pela aprovação da versão a ser publicada; todos os autores foram responsáveis pela concepção do projeto e participaram da redação da ou da revisão crítica do artigo.

### **REFERÊNCIAS**

ALVES, Priscila Castro. *Impacto das percepções de suporte organizacional e Social no trabalho sobre o bem-estar no trabalho da enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2011.



AMARAL, Márcia Aparecida. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In VECINA NETO, Gonzalo & MALIK, Ana Maria (Orgs.). *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 73-84.

AQUINO, César Vilela. *Comprometimento organizacional pós-aquisição*: estudo de caso de uma empresa no setor alimentício. Dissertação (Mestrado em Administração). Belo Horizonte, Faculdade Novos Horizontes, 2010.

AZEVEDO, Lorraine Possamai Salvador. *Comprometimento e Bases de Poder como Preditores de Impacto de Treinamento no Trabalho em Contact Center*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2006.

BANDEIRA, Mariana Lima; MARQUES, Antônio Luiz; VEIGA, Ricardo Teixeira. As Dimensões Múltiplas do Comprometimento Organizacional: um Estudo na ECT/MG. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v.4, n.2, p. 133-157, maio-ago. 2000.

BASSO, Kenny; ANTONI, Verner Luis. Componente do comprometimento organizacional no setor público. *Pretexto*, Belo Horizonte, v.10, n.2, p.9-26, 2009.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. *Comprometimento no trabalho*: a estrutura de vínculos do trabalhador com a organização, a carreira e o sindicato. Tese (Doutorado em Psicologia). Brasília, Universidade de Brasília, 1994.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. Comprometimento organizacional: um balanço dos resultados e desafios que cercam essa tradição de pesquisa. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, Rio de Janeiro, v. 33, n.3, p.52-64, maio-jun.1993.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt; BRANDÃO, Margarida G. A.; PINHO, Ana Paula M. Comprometimento organizacional: uma análise do conceito expresso por servidores universitários no cotidiano de trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, maio-ago. 1997, p.97-120.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt *et al.* Comprometimento organizacional. In SIQUEIRA, Mirlene M. M. (Org.). *Medidas do Comportamento Organizacional*: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.49-95.

BORGES, Renata Simões Guimarães; MARQUES, Antônio Luiz; ADORNO, Ronara Dias. Investigando as relações entre políticas de RH, comprometimento organizacional e satisfação no trabalho. *Revista de Práticas Administrativas*, Maringá, v.2, p. 59-72, 2006.

BOWDITCH, James L.; BUONO, Anthony F. *Elementos de comportamento organizacional*. Tradução José Henrique Lamendorf. São Paulo: Pioneira, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CAMPOS, José Guilherme Ferraz *et al.* Comprometimento organizacional no setor público: estudo de caso de uma faculdade da Universidade de São Paulo (USP). In: XII SEMEAD EMPREENDEDORISMO E INOVAÇÃO, 2009, São Paulo. *Anais*

eletrônicos, São Paulo: USP, 2009. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/970.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2012.

CAMPOS, Simone Alves Pacheco. *Suporte no trabalho, suporte organizacional e comprometimento organizacional: um estudo com professores da rede municipal de ensino*. 171 f. Dissertação (mestrado em administração). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

CAVALCANTE, Carlos Eduardo *et al.* No trabalho voluntário: estudo das relações entre comprometimento organizacional e desenho do trabalho em ONGs. *Revista Estudos do CEPE*, Santa Cruz do Sul, n. 33, p.206-230, jan.-jun. 2011.

CORTINA, Jose M. What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, Washington, DC, v. 78, n.1, p.98-104, 1993.

FAGUNDES, Diógenes de Abreu. *Comprometimento organizacional: diagnóstico em organizações nacionais*. 101 f. Monografia (Bacharelado em Administração). Brasília, Universidade de Brasília, 2011.

FLAUZINO, Dulce Pires; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.253-273, mar.-abr. 2008.

GARIBOTTI, Vanda; HENNINGTON, Élide Azevedo; SELLI, Lucilda. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1043-1051, 2006.

HALLA, Ana Luiza Putini. *Quais as bases do comprometimento dos indivíduos da Geração Y em uma empresa do setor privado no Brasil?* Dissertação (Mestrado em Administração). Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica, 2010.

HOLLEBEN, Tarin. *Relação entre comprometimento organizacional e felicidade em funcionários de uma rede hoteleira do Rio Grande do Sul*. Monografia (Especialização em Psicologia Organizacional). Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

JOINER, Therese A.; BAKALIS, Steve. The Antecedents of Organizational Commitment: The Case of Australian Casual Academics. *International Journal of Educational Management*, United Kingdom, v.2, n.6, p.439-452, 2006.

KUABARA, Paula Suemi Souza; SACHUK, Maria Iolanda. Estudo do comprometimento organizacional na PEM – Penitenciária Estadual de Maringá. *Qualit@s Revista Eletrônica* Campina Grande, PB, v.9, n.3, 2010.

LEITE, Nildes R. Pitombo; ALBUQUERQUE, Lindolfo Galvão. Gestão estratégica de pessoas, comprometimento e contrato psicológico: o caso Vale. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 46, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-21072011000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072011000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 nov. 2012.

MATHIEU, John E.; ZAJAC, Dennis M. A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, v. 108, n.2, p.171-194, 1990.

MEDEIROS, Carlos Alberto Freire. *Comprometimento organizacional: um estudo de suas relações com características organizacionais e desempenho nas empresas*

hoteleiras. Tese (Doutorado em Administração). São Paulo, Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, 2003.

MEDEIROS, Carlos Alberto Freire *et al.* Um estudo exploratório dos múltiplos componentes do comprometimento organizacional. *Revista Eletrônica de Administração*, Rio de Janeiro, ed.43,v.11, n.1, jan.-fev.2005.

MEDEIROS, Carlos Alberto Freire; ENDERS, Wayne Thomas. Comprometimento organizacional e características pessoais: como são os comprometidos e os descomprometidos com a organização. *Revista Eletrônica de Administração*, Rio de Janeiro, ed.29,v.8, n.5, set.-out.2002.

MEDEIROS, Carlos Alberto Freire; ENDERS, Wayne Thomas. Validação do Modelo de Conceitualização de Três Componentes do Comprometimento Organizacional (Meyer e Allen, 1991). *Revista de Administração Contemporânea*, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p. 67-87 set.-dez. 1998.

MEYER, John P.; ALLEN, Natalie J. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, v.1, p.61-89, 1991.

MEYER, John P.; ALLEN, Natalie J. *Commitment in the workplace: theory, research and application*. Thousand Oaks: Sage, 1997.

MEYER, John P.; ALLEN, Natalie J. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 1990, 63, p.1-18.

MOTTAZ, Clifford J. Determinants of organizational commitment. *Human Relations*, v.41, n.6, p.467- 482, 1988.

MOWDAY, Richard T.; PORTER, Lyman W.; STEERS, Richard M. *Employee-Organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism and turnover*. New York: Academic Press, 1982.

MOWDAY, Richard T.; PORTER, Lyman W.; STEERS, Richard M. The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, Orlando, v.14, n.2, p.224-247, apr.1979.

NOGUEIRA, Alexandre Santana. *Comprometimento dos oficiais intendentes com a organização comando da aeronáutica*. Dissertação (Mestrado em Administração). Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2011.

PAIM; Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, supl., p.1819-1829, 2007.

PENA, Letícia Maria de Lacerda Moreira. *Comprometimento de enfermeiros: estudo de caso de um hospital privado em Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Administração). Belo Horizonte, Faculdade Novos Horizontes, 2009.

RODRIGUES, Ana Carolina de Aguiar; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. Problemas conceituais e empíricos na pesquisa sobre comprometimento organizacional: uma análise crítica do modelo tridimensional de J. Meyer e N. Allen. *Revista Psicologia: Organização e Trabalho*, Brasília, v.10, n.2, p.129-144, jul.-dez. 2010.

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina K. *Gestão por competências nas instituições de saúde: uma aplicação prática*. São Paulo: Martinari, 2008.

SALGADO, Alice Langoni. *Comprometimento organizacional e locus de controle em jovens trabalhadores: uma comparação entre participantes e não participantes de um programa social*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2008.

SANCHES, Elizabeth Navas *et al.* Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.12, n.2, p. 294-300, 2010.

SANTOS, Felipe Ramalho de Souza. As bases do comprometimento organizacional expressas por servidores de um órgão do poder judiciário. Monografia (Bacharel em Administração). Brasília, Universidade de Brasília, 2010.

SCHEIBLE, Alba Couto Falcão; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. Práticas de gestão democrática como mediadora da relação entre comprometimento e desempenho. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa*, v.6, n. 1, maio 2007. Disponível em: <<http://revistas.facecia.com.br/index.php/recadm/index>>. Acesso em: 1º jun. 2012.

SOUSA, Jorgiane Suélen. Comprometimento organizacional: um estudo com professores de uma instituição de ensino superior privada do interior de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Administração). Belo Horizonte, Faculdade Novo Horizontes, 2010.

TAMAYO, Alvaro *et al.* Prioridades Axiológicas e Comprometimento Organizacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 17 n.1 p.27-35 jun.-abr. 2001.

TEJOS-SALDIVIA, Miguel Enrique. *A relação causal entre comprometimento e desempenho: um estudo em centros de pesquisa*. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo, Universidade de São Paulo, 2006.

XAVIER, Valéria Melo Claudino. *Locus de controle, comprometimento organizacional e satisfação no trabalho: um estudo correlacional*. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2005.

Tabela 1: Médias, desvios padrão e interpretações dos resultados da amostra em cada base do comprometimento organizacional dos trabalhadores da vigilância sanitária municipal de Goiás, 2011.

Bases do comprometimento organizacional	N	Média	Desvio padrão	Resultado esperado	Resultado obtido*
Afetiva	327	13,98	3,63	ALTO	Acima da média
Obrigação em permanecer	329	10,22	5,33	ALTO	Baixo
Obrigação pelo desempenho	330	17,07	1,55	ALTO	Alto
Afiliativa	332	15,54	2,74	ALTO	Abaixo da média
Falta de recompensas e oportunidades	330	7,22	3,19	BAIXO	Abaixo da média
Linha consistente de atividade	334	11,17	3,04	BAIXO	Abaixo da média
Escassez de alternativas	333	9,40	4,39	BAIXO	Baixo

\*resultado encontrado através da comparação da média obtida com os valores de referência de Medeiros (2003).

Tabela 2. Porcentagem de respondentes em cada nível das bases do comprometimento organizacional na amostra de trabalhadores da vigilância sanitária municipal de Goiás, 2011.

Bases do comprometimento organizacional	N	Baixo %	Abaixo da média %	Acima da média %	Alto %
Afetiva	327	3,0	17,4	49,8	29,7
Obrigação em permanecer	329	56,2	17,3	18,8	7,6
Obrigação pelo desempenho	330	0,0	0,6	2,4	97,0
Afiliativa	332	29,2	22,0	48,8	0,0
Falta de recompensas	330	21,2	47,0	27,3	4,5
Linha consistente	334	21,0	33,8	37,7	7,5
Escassez de alternativas	333	66,7	16,8	13,2	3,3

Tabela 3. Resultados dos testes Qui-Quadrado para verificar a relação entre as variáveis pessoais/profissionais e os níveis de comprometimento organizacional na amostra de trabalhadores da vigilância sanitária municipal de Goiás, 2011.

Bases do comprometimento organizacional	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Tempo de serviço	Atividade	Vínculo
Afetiva	-	24,99*	-	13,81*	-	-	11,86*
Obrigação em permanecer	-	28,09*	-	26,97**	-	-	28,06***
Obrigação pelo desempenho	-	-	-	-	-	-	-
Afiliativa	-	21,07*	11,13*	-	-	9,25*	-
Falta de recompensas e oportunidades	12,41**	-	16,10*	32,13***	-	-	-
Linha consistente de atividade	-	-	-	-	-	-	-
Escassez de alternativas	-	-	-	-	-	-	-
*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001	(-) = não significativo				

### **Artigo 3 – Liderança, contexto de trabalho e desempenho: uma avaliação na percepção de trabalhadores da vigilância sanitária.**

#### **1 – Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é constituído por um conjunto de instituições jurídicas responsáveis pela execução das ações e serviços públicos de saúde. No campo de ações do SUS encontram-se inseridas as de vigilância sanitária que têm por objetivo eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços da saúde (Brasil 1990).

Pela natureza dos seus objetivos, o serviço vigilância sanitária se diferencia dos demais órgãos da área da saúde que atendem diretamente a população. Seu funcionamento ocorre muito próximo da lógica de mercado, pois dele advém as demandas a partir das quais seus serviços são organizados e cuja atuação deve impulsionar a qualidade dos bens e serviços e a qualidade das relações sociais que envolvem toda a cadeia de produção ao consumo (Lucchese 2010). Seu campo de atuação é bastante amplo pelo poder de interferir nos fatores determinantes do processo saúde-doença constituído por um conjunto de elementos naturais, físico-biológicos e sociais, assim como o ambiente de trabalho e a recuperação e reabilitação advinda dos riscos e agravos causados pelas condições de trabalho (Eduardo 1998).

A vigilância sanitária constitui-se em uma área de conhecimento transdisciplinar, de ação intersetorial, que busca, sobretudo, o interesse público (Piovesan 2002). Em razão da sua natureza, sua atuação requer coordenação federativa para incrementar a cooperação regional e local e, também, em face da diversidade estrutural dos municípios brasileiros (De Seta & Dain 2010).

As práticas da vigilância sanitária ainda são permeadas pela fiscalização, observação dos fatos, licenciamento de estabelecimentos, julgamento de irregularidades e aplicação de penalidades, deixando de fora, muitas vezes, outras atribuições que lhe são pertinentes como a educação sanitária e a proteção ambiental (Eduardo 1998, Costa 2000). Os municípios ainda atuam com visão parcial do risco, com organização fragmentada, sem o princípio operativo da intersetorialidade, o que requer a integração com as demais áreas e órgãos de diversas instâncias e setores, e não somente com

aqueles da área da saúde para o desenvolvimento das suas ações, assim como sem o planejamento voltado para o atendimento às necessidades e prioridades de saúde (Garibotti et al. 2006, Silva & Pepe 2008).

A municipalização da vigilância sanitária tem ocorrido de forma incompleta e nem mesmo os municípios de grande porte têm executado todo o conjunto de ações sob sua responsabilidade e os Estados continuam executando a maioria das ações de vigilância sanitária (Covem 2010). Isso tem se tornado um grande desafio para os gestores e exigido conhecimentos, competências e habilidades amplos na coordenação de um projeto de intervenção que de fato possa proteger e promover a saúde da população (CONASS 2007). Pela diversidade e a desigualdade dos entes federados, na área da saúde e em especial na vigilância sanitária, a complementaridade, equidade e flexibilização devem se concretizar a partir das competências e capacidades desiguais que se complementam pela interação nos três níveis de governo, por meio da instituição de arranjos nos processos de descentralização das ações que promovam a equidade também para as regiões e reduzam as desigualdades (Parada 2010, Souza 2010).

O processo de trabalho nos serviços de saúde é condicionado pelo quadro de recursos humanos disponíveis, pelas condições referentes ao espaço físico e por outros recursos como o instrumental e equipamentos que, por sua vez, deve alcançar os melhores resultados quando realizado de forma adequada, baseado nas melhores práticas e nos conhecimentos técnico-científicos disponíveis (CONASS 2007). Os recursos humanos são considerados o ponto crítico dessas instituições, vez que é na sua atuação que acontecem as interações das pessoas com a coletividade, no desempenho dos seus papéis para a implementação das políticas públicas. Para o enfrentamento das mudanças que se fazem necessárias para a melhoria dos sistemas de saúde é preciso fortalecer a capacidade de liderança, incrementar o investimento em recursos humanos para que a força de trabalho se torne bem distribuída, saudável, capacitada e motivada (OPAS/MS 2006).

Para superar o déficit de qualidade, eficiência e equidade, e alcançar a credibilidade, o setor de saúde carece do estabelecimento de metas de qualidade e de produtividade para orientar suas ações, da instituição do monitoramento e da avaliação das organizações, dos programas e das ações desenvolvidas, de forma a conhecer e tornar públicos os padrões de eficiência e de qualidade que desempenham (Bahia et al. 2007).



A avaliação dos serviços de saúde deve constituir-se em instrumento de apoio à gestão, pela capacidade de contribuir para com a melhoria da qualidade da tomada de decisão (Tanaka & Tamaki 2012). No âmbito do SUS tem sido utilizada para dar suporte aos processos decisórios, mesmo que de forma incipiente por não se incorporar às práticas de planejamento e gestão (Santos et al. 2010).

Pesquisadores têm buscado metodologias para compreender os fatores que influenciam a eficiência, efetividade e a equidade no desempenho do SUS (Viacava et al. 2004), no entanto têm ressaltado dificuldades na implantação da avaliação e realização das mudanças na gestão devido aos objetivos institucionais de atendimento às necessidades dos usuários e ao mesmo tempo tendo que controlar gastos públicos (Contandriopoulos 2006).

No Brasil, a avaliação em saúde tem sido iniciativas pontuais de pesquisas e estudos de casos ou produção regular de dados. Há necessidade de se considerar os fatores como nos processos de gestão em face da descentralização, a complexidade do perfil epidemiológico vivenciada no país e a possibilidade da instituição de mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação global da gestão do SUS (Carvalho et al. 2012).

Estudos avaliativos das ações de vigilância sanitária no âmbito brasileiro são pontuais e apontam para a existência de diversidade de deficiências, como nas relacionadas aos aspectos dos recursos humanos; às condições de trabalho ou estruturais; à insuficiência de financiamento e falta de autonomia na alocação de recursos ou na autogestão do trabalho; à atuação focada no controle e fiscalização de produtos e serviços; aos entraves políticos e conflitos de interesses; à tradição centralizadora da secretaria de saúde dos Estados; às limitações da cooperação com os municípios e disparidades econômicas entre regiões; à ausência de projeto político para a gestão descentralizada e desarticulação com o nível regional; à não institucionalização do planejamento e da avaliação; à posição secundária da vigilância na estrutura e prioridades de saúde municipal; às relações conflituosas e com rotatividade dos componentes; e ao desconhecimento da população acerca do trabalho da vigilância sanitária (Garibotti et al. 2006, Leal & Teixeira 2009, Juliano & Assis 2004, Michaloski 2008, Marangon et al. 2009, Cohen 2009, O'dwyer et al. 2010, Battessini 2008, Piovesan et al 2005, Barbosa & Costa 2010, Souza & Costa 2010).

Definiu-se como objetivo deste estudo analisar a estruturação da vigilância sanitária, através da percepção dos fiscais trabalhadores desse setor de saúde,

focalizando os seus processos de trabalho, as condições e organização do trabalho, as relações sócio-profissionais, o estilo de liderança desempenhado pelos seus gestores e os resultados das avaliações sobre a gestão de pessoas e processos. Procurou-se, também, relacionar estas avaliações entre si, de modo a contribuir com o conhecimento nesta área.

A pesquisa teve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e do Ministério da Saúde/Programa de Pesquisa para o SUS-PPSUS e contou com autorização formal da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e das unidades da VISAM participantes, bem como aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o Protocolo nº 268/2010.

## **2 – Referencial teórico**

“A liderança é um processo social no qual se estabelecem relações de influência entre pessoas”, cujo núcleo deste processo “é composto de líder ou líderes, seus liderados, um fato e um momento social” (Limongi-Franca & Arellano 2002 p.259). É definida como a capacidade de influenciar um grupo em direção ao alcance dos objetivos, cuja origem dessa influência pode ser formal, em função do cargo exercido e que em cuja posição subentende certo grau de autoridade. O fato de uma pessoa ter posição formal de liderança não implica que ela seja necessariamente eficaz em liderar outras pessoas ou em exercer influências sobre elas, resultando que nem todos os líderes são gestores e nem todos os gestores são líderes. Líderes podem surgir naturalmente, dentro dos grupos ou por indicação formal (Robbins 2004, Bowditch & Buono 2006).

Existem abordagens teóricas com pressupostos e premissas distintos que têm influenciado as investigações e os modelos explicativos acerca da liderança. Dentre os diversos modelos de investigação sobre o tema encontra-se a teoria da liderança carismática desenvolvida por House (1977), surgida a partir do interesse pelo estudo de líderes históricos e gestores de grandes organizações que alcançaram resultados excelentes em seus trabalhos, mesmo em situação de crise e de elevada concorrência externa (Gomes & Cruz 2007).

Os antecedentes da liderança e o comportamento dos líderes carismáticos têm sido o foco de atenção dos estudiosos. Na revisão sistemática realizada por Walter e Bruch (2009) sobre a emergência da liderança carismática foi verificado que

consequências benéficas do comportamento de liderança carismática têm sido acumuladas em resultados de pesquisas, com o líder atuando como um modelo para os seguidores, mostrando um senso de poder e confiança, tomando decisões corajosas e não convencionais. Os líderes carismáticos desenvolvem e comunicam uma visão emocionante e cativante, promovem a aceitação de objetivos comuns e motivam seus seguidores para a realização de aspirações comuns, cujo conjunto de comportamentos é refletido nos conceitos de outros estilos de liderança, como na transformacional.

Mumford et al. (2008) sugerem que o carisma pode representar apenas um caminho para a liderança excelente e não somente a liderança carismática como é historicamente enfatizada, vez que a liderança excelente pode também surgir a partir da liderança ideológica ou pragmática. As diferentes condições operacionais, como o meio ambiente e o grupo organizacional influenciam o surgimento de líderes destes três tipos.

Bedell-Avers et al. (2008) descrevem que os líderes carismáticos empregam uma visão de futuro dentro dos seus modelos mentais e esta visão é formada para indicar aos subordinados que esta visão levará a um futuro mais positivo, de maneira quase utópica, e têm surgido mais na arena política; os líderes pragmáticos são focados e orientados para a resolução de problemas, por meio de uma persuasão racional, e são mais encontrados em ambientes de negócios; já os líderes ideológicos são fundamentados em corrigir erros e eventos anteriores, dando ênfase mais no passado que no futuro para orientar seus seguidores, têm forte compromisso com as suas crenças pessoais e são mais encontrados nos domínios da justiça social.

Embora o modelo carismático tenha produzido resultados interessantes, alguns pesquisadores têm observado que nem todos os líderes operam de forma tradicionalmente carismática, mas mesmo assim conseguem atingir resultados excepcionais. Alguns pesquisadores sugerem que a abordagem carismática pode ser limitante em algumas circunstâncias, sugerindo que as pragmáticas podem ser mais eficazes em situações caracterizadas pela incerteza (Bedell-Avers et al. 2008).

De acordo com House (1977), o líder carismático é aquele que apresenta os efeitos carismáticos em um grau excepcionalmente alto, demonstrando elevada autoconfiança, domínio e convicção na integridade moral de suas crenças. A publicação original da Teoria Caminho-Objetivo de Robert House para eficácia do líder data de 1971, quando abordou duas classes gerais de comportamento do líder: o comportamento diretivo esclarecedor do caminho-objetivo e o comportamento para satisfação das necessidades do subordinado (Cury 1999).

A partir das proposições desta teoria, House et al. (1997) desenvolveram a Escala de Liderança Carismática Socializada, que foi traduzida no Brasil por Cury (1999), dando início aos estudos para sua validação. Composta de 16 subescalas, objetiva medir as características do líder nas dimensões carismática e instrumental.

Kets de Vries (1997) destaca que estas dimensões se referem aos papéis que os líderes devem desempenhar. O papel carismático estaria ligado à dimensão simbólica e imaginária do trabalho de dirigente, ou seja, na forma como ele concede o poder e fornece energia a seus subordinados. O instrumental diz respeito à visão do líder como arquiteto organizacional, no sentido de como ele projeta, estrutura e controla a organização.

A compreensão da liderança no setor público de saúde deve considerar que seu exercício é condicionado em parte pelo processo de trabalho, distribuição do poder, pelas características do modelo gerencial e, em particular, pelo nível de autonomia do dirigente. Assim, o estilo de liderança é resultante não somente dos elementos relacionados às características dos indivíduos, com também do contexto onde ela se realiza (Azevedo 2002).

No âmbito da gestão pública da saúde o tema liderança pouco tem sido explorado no Brasil, constituindo-se em lacuna importante para a resolução dos problemas vivenciados nesse setor (Azevedo 2002), não sendo encontrados estudos brasileiros sobre a liderança carismática em serviços de vigilância sanitária.

Alguns estudos brasileiros adotam totalmente ou em parte o modelo para medida da liderança carismática socializada desenvolvido por House et al. (1997). Estes têm encontrado que as características do líder mediantemente desejáveis pertencem ao líder carismático (Dela Coleta & Dela Coleta 1998) e que, de modo geral, os líderes avaliados apresentam com mais intensidade as características compromisso, satisfação e eficácia da equipe (Cury 1999); confiança nos seguidores (Cristaldo 2002); autoconfiança e determinação (Cristaldo 2002, Pinto 2005); expectativas de desempenho (Cristaldo 2002, Carvalho 2002), integridade e reconhecimento contingente (Carvalho 2002, Pinto 2002); e visão (Carvalho 2002).

Quanto ao contexto ou condições de trabalho nas organizações de maneira geral, este engloba aspectos organizacionais do trabalho, bem como as condições do ambiente físico e social, e tem se constituído em um conceito chave na concepção de saúde. De modo geral, o contexto de trabalho influencia a satisfação e o bem-estar dos trabalhadores (Ferreira & Mendes 2008, Danna & Griffin 1999, Paschoal & Tamayo

2008, Sousa & Dela Coleta 2012) e constitui-se em causa de estresse, sintomas psicossomáticos e doenças profissionais (Dela Coleta & Dela Coleta 2008, Rangel & Godoi 2009, Garcia et al. 2010), podendo prejudicar a qualidade de vida (Andrade et al. 2011) ou mesmo provocar transtornos mentais e do comportamento (Brasil/MS 2003, Nascimento Sobrinho et al. 2006, Braga et al. 2010) com consequências organizacionais, tais como o absenteísmo e a baixa produtividade (Danna & Griffin 1999).

No setor de prestação de serviços de saúde, o bem-estar no trabalho e a satisfação do trabalhador, além de serem benéficos à própria saúde do profissional, podem resultar em melhor assistência ao paciente (Martins et al. 2007, Lima Júnior et al. 2009) e, por consequência, das suas condições de saúde, com reflexos em sua qualidade de vida.

Inexistem na literatura concepções claras sobre o conceito de bem-estar no trabalho, com a adoção de definições diversas pelos pesquisadores do tema. Para Siqueira e Padovam (2008) é um construto multidimensional que integra três componentes: satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Para Paschoal e Tamayo (2008), o bem estar no trabalho constitui-se na “a prevalência de emoções positivas no trabalho e a percepção do indivíduo de que, no seu trabalho, expressa e desenvolve seus potenciais/habilidades e avança no alcance de suas metas de vida” (p.16).

As condições de trabalho envolvem o ambiente físico geral e do posto de trabalho, os equipamentos e materiais utilizados e, tratando-se de instituições relacionadas com a saúde, é preciso levar em conta o tamanho, número de funcionários, local onde está situada, orçamento, entre outros fatores importantes.

Outro tema explorado no contexto de trabalho é a organização do trabalho, que envolve a divisão das tarefas, as normas, os controles e ritmos do trabalho, o nível de especialização do trabalhador e o trabalho em equipe. Os problemas de gestão e organização do trabalho têm sido um dos principais identificados nas avaliações de trabalhadores sobre seu contexto de trabalho (Leal et al. 2012).

Uma análise da organização do trabalho em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou de reabilitação, pela sua complexa configuração, implica em considerar os diferentes processos de trabalho, bem como as diferenças institucionais existentes e tem se constituído em tema de debate crescente nos últimos

anos. No entanto, as mudanças ainda são embrionárias e insuficientes para apontar uma direção para a gestão e organização do trabalho em saúde (Matos & Pires 2006).

Sob o tema relações socioprofissionais ou relacionamento no trabalho tem sido estudada a qualidade do relacionamento profissional e social dos trabalhadores entre si, com o chefe imediato e com a equipe, o estilo de comunicação e a interdependência.

A preocupação com o bem-estar dos trabalhadores é característica das instituições socialmente responsáveis e que buscam líderes centrados nas pessoas, vez que seus comportamentos influenciam a presença ou ausência de riscos psicossociais. A clareza dos objetivos e da tomada de decisão, bem como a qualidade da comunicação são fatores de proteção que promovem a saúde, a satisfação e o bem-estar no trabalho, reduzindo os riscos psicossociais (Contresas et al. 2010).

Ferreira e Mendes (2008), preocupados em identificar as representações que os trabalhadores fazem do seu contexto de trabalho, no que tange às condições, à organização e às relações socioprofissionais de trabalho, desenvolveram um instrumento apoiado no conceito de Contexto de Produção de Bens e Serviços. Este conceito é constituído de três dimensões independentes que resultaram na definição dos fatores componentes da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e que fornece as bases para a compreensão das atividades de trabalho dos indivíduos, “enquanto estratégias de medição individual ou coletiva empregadas na gestão das exigências presentes no contexto de trabalho” (p.113-114).

Nas instituições públicas em geral, prestadoras de serviços de saúde ou de outros serviços, o contexto de trabalho tem evidenciado carências de recursos de toda natureza para atender suas necessidades, em face das estruturas precárias da grande maioria delas (Lima Júnior et al. 2009) e da indisponibilidade de equipamentos e instrumentos necessários às atividades fins (Pinto et al. 2010). No âmbito da saúde, as condições de trabalho são inadequadas, existe falta de qualificação profissional, baixos salários, quadros insuficientes de pessoal, maior exposição a fatores de risco para a saúde e a convivência de funcionários sob regimes de trabalho diversos (Lima Júnior et al. 2009). Também são comuns problemas com a gestão ou organização do trabalho e dificuldades de relacionamento com a equipe, que afetam o bem-estar laboral (Sousa & Dela Coleta 2012).

Referentemente à organização do trabalho na área de saúde, os estudos encontraram dificuldades atreladas à forma de contratação, à falta de infraestrutura, à

difficuldade de trabalhar em equipe e à falta de especialização dos trabalhadores das equipes de estratégias de saúde da família (Marqui et al. 2010); diversificação do vínculo empregatício, desproteção social e condições de trabalho desfavoráveis na área de saúde mental (Jorge et al. 2007); insatisfação com a chefia, com colegas, relativa aos horários e autopercepção de pouco controle e oportunidade de decisão sobre o seu trabalho, má organização de turnos e horários e ritmo acelerado de trabalho entre trabalhadores da atenção básica (David et al. 2009); a forma como se encontra organizado o trabalho dos profissionais da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento a usuários em situações de urgência e emergência interfere na qualidade e eficácia do atendimento às urgências (Garlet et al. 2009); assim como a prática interdisciplinar aproxima-se de novas formas de organização do trabalho, favorecendo o vínculo, o acolhimento, o acesso e contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência (Matos et al. 2009).

São raros os estudos no contexto da vigilância sanitária. O de Bastos et al. (2011) analisou as facilidades e dificuldades no exercício da vigilância sanitária de farmácias em Salvador, Bahia. Entre as condições facilitadoras foram identificados a experiência profissional e qualificação dos servidores para o trabalho, os aspectos de infraestrutura, organização do trabalho e gestão, condições físicas e instrumentais de trabalho, a organização do trabalho em equipe, o apoio político-administrativo por parte da gestão da secretaria municipal de saúde, a regulação sanitária e a realização de ações conjuntas com outros órgãos, assim como a divulgação das ações para conferir maior visibilidade ao trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária. Os principais fatores que dificultam as atividades foram a composição deficitária das equipes, a insuficiente capacitação técnica, limitações para acompanhar a dinâmica do mercado farmacêutico, a deficiência na infraestrutura, falta de padronização de procedimentos e inexistência de setor jurídico formalizado.

Entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal foram identificados processos de trabalho caracterizados pela divisão entre formuladores e executores, tarefas repetitivas, fiscalização do desempenho, fragilidade nas comunicações, insuficiências de recursos para a realização das tarefas que causam custos físicos, cognitivos e afetivos relacionados aos esforços para cuidar dos usuários, resultando em condições e organização do trabalho críticas e, ainda, relações sócio-profissionais graves no âmbito do contexto do trabalho (Shimizu 2011).

Já entre enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado foram verificados riscos severos à saúde em termos da organização do trabalho, riscos moderados à saúde em termos de relações sócio-profissionais e baixo risco para o adoecimento profissional em face de melhores condições de trabalho (Campos & David 2011). Ambos os estudos utilizaram a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT de Ferreira e Mendes (2008), que avalia o contexto de trabalho em função dos resultados positivos, produtores do bem-estar no trabalho, ou negativos, produtores de mal-estar no trabalho, com risco de adoecimento.

Em face das evidências sobre a importância do contexto de trabalho como componente do comportamento organizacional e das deficiências encontradas nos estudos desenvolvidos no âmbito da saúde que abordam este constructo, é importante agregar o estudo desta variável em processos investigativos desenvolvidos na área da vigilância sanitária a fim de produzir conhecimentos que possam subsidiar a tomada de decisão para o setor.

Mesmo diante de limitações encontradas sobre a existência de estudos envolvendo a liderança carismática e o contexto de trabalho no âmbito da vigilância sanitária municipal, é importante inserir esses construtos em pesquisas avaliativas que possam trazer contribuições para a tomada de decisão para o setor.

### **3 – Metodologia**

O campo de estudo abrangeu a vigilância sanitária municipal (VISA) de 246 municípios goianos, distribuídos nas 16 Regionais de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO), que possuíam em outubro de 2010 mais de três trabalhadores exercendo as atividades de fiscalização. Colaboraram 335 fiscais trabalhadores da VISAM de 53 municípios, que responderam voluntariamente os diferentes instrumentos adotados neste estudo.

Foram desenvolvidos, especificamente para o estudo, o Inventário de Características Demográficas e Funcionais (ICDF) e a Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e de Processos (EAGPP), assim como foram adotadas as escalas de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e de Estilo de Liderança (Inventário LICASO), de domínio público.

Para o desenvolvimento do instrumento EAGP, realizou-se a identificação dos aspectos do trabalho da VISAM que seriam relevantes para constar entre os itens de



avaliação dos respondentes, através de levantamento de dados, informações e documentos, bem como da realização de reuniões junto à Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) da SES-GO e de visitas técnicas às VISAM de dois municípios goianos. Buscou-se, com estes procedimentos, obter um conjunto de questões que pudessem formar uma escala de avaliação cuja construção se deu por meio das seguintes fases: (a) elaboração de questões que respondessem os objetivos do estudo; (b) validação de conteúdo, para verificar se as questões elaboradas correspondiam ao que se pretendia medir, por meio de encaminhamento à SUVISA para análise e sugestões, bem como da realização de reunião com a Superintendente e profissionais fiscais da SUVISA, que atuaram como juízes nesta avaliação; (c) aplicação piloto em seis fiscais e dois coordenadores da VISAM de dois municípios não integrantes da amostra para validação semântica, visando assegurar a adequada compreensão das questões pelos potenciais respondentes; e (d) adequação dos instrumentos a partir dos resultados obtidos nestas etapas.

A versão final do questionário ICDF, para levantar dados pessoais e profissionais dos servidores, ficou composta de sete questões, categoriais ou nominais. A escala EAGPP, após análise dos componentes principais e cálculo da consistência interna, ficou composta de 14 itens que objetivaram avaliar, sob a ótica dos respondentes, alguns aspectos do trabalho relacionados com a gestão de pessoas e processos como ocorrem na VISAM, tendo cinco opções de resposta, no formato Likert, variando de concordo totalmente a discordo totalmente.

A EACT é um instrumento que tem sido utilizado para identificar as representações que os trabalhadores fazem do contexto de trabalho no que diz respeito às condições, à organização e às relações socioprofissionais de trabalho. Construída e validada por Ferreira e Mendes (2008), constitui-se de 30 itens a serem respondidos em escala tipo Likert de avaliação em cinco pontos sobre a frequência da ocorrência da afirmação, as quais englobam as três dimensões: Condições de Trabalho (CT) para avaliar a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponibilizados para a execução do trabalho (alfa de Cronbach no estudo original igual a 0,89); Organização de Trabalho (OT) que se refere à divisão das tarefas, normas, controles e ritmos do trabalho (alfa = 0,72); e Relações Socioprofissionais (RS) que trata dos modos de gestão do trabalho, da comunicação e da interação profissional (alfa = 0,87). Construída com base em itens negativos, sua análise deve é feita por fator, considerando o desvio padrão em relação ao ponto médio e os resultados obtidos

(médias e desvio padrão) interpretados da seguinte forma: valores entre 1,0 e 2,3 – resultado satisfatório, positivo e produtor de bem-estar no trabalho, aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional; valores entre 2,3 e 3,7 – resultado crítico, mediano, indicador de situação-limite, potencializando o mal-estar no trabalho e o risco de adoecimento, sinalizando estado de alerta, requerendo providências imediatas no curto e médio prazos; valores entre 2,7 e 5,0 – resultado grave, negativo e produtor de mal-estar no trabalho, forte risco de adoecimento, requerendo providências imediatas nas causas visando eliminá-las e/ou atenuá-las (Ferreira & Mendes 2008).

A Escala de Liderança Carismática Socializada – Inventário LICASO foi desenvolvida a partir das proposições da teoria de House et al. (1997), traduzida no Brasil por Cury (1999) e que deu início aos estudos para sua validação e possibilitou a realização de estudos no Brasil adotando-a totalmente ou em parte (Cury 1999, Dela Coleta & Dela Coleta 1998, Carvalho 2002, Cristaldo 2002, Pinto 2002, Pinto 2005). Seus 124 itens compõem 16 subescalas que agregam um número distinto de itens para a medida de cada característica do líder, sendo nove componentes da primeira parte – Liderança Carismática e sete subescalas da segunda parte – Liderança Instrumental (Tabela 1).

Quadro 1. Fatores do Inventário LICASO, suas definições e coeficientes de confiabilidade (alfa de Cronbach) obtidos no estudo de validação para as amostras brasileiras (Cury 1999).

Fatores ou Subescalas	Definição	Alfa de Cronbach
Liderança Carismática		
Autoconfiança e determinação (AD)	Capacidade do líder de confiar em si mesmo, se autoapreciar e ter convicção quanto ao caminho a seguir, sendo assertivo e determinado. Este comportamento do líder faz com que os seguidores transcendam as metas a atingir e confiem no líder, dedicando a ele certa devoção.	0,87
Comunicação inspiradora (CI)	Capacidade do líder em comunicar com clareza a direção a seguir para a conquista de resultados cada vez mais promissores.	0,89
Confiança nos seguidores (CS)	O líder que manifesta em seus seguidores a capacidade de provocar resultados e criar confiança terá mais facilidade de ter a correspondência destes para atingir a realização dos objetivos.	0,71
Expectativa de desempenho (ED)	Líderes que confiam na capacidade de seus seguidores em desempenhar corretamente as suas funções serão mais aceitos pelos seus seguidores e os farão avançar em direção a melhores desempenhos.	0,81
Estímulo intelectual (EI)	O treinamento, o aperfeiçoamento e o estímulo às ideias inovadoras e solucionadoras de problemas serão aliados do líder para obtenção de uma equipe mais eficaz.	0,73
Integridade	A integridade do líder é composta por seus valores, crenças, retidão e coerência em agir da mesma forma que acredita, ou seja, é a capacidade do líder em seguir um código moral bem definido.	0,83
Justiça	A capacidade do líder em reconhecer esforços e direcioná-los para as pessoas certas, sem mostrar favoritismo ou predileção, considerando e tratando a todos de forma justa.	0,79
Modelagem do papel	A expressão de um conjunto de crenças, através do exemplo pessoal, que o líder deseja que seus seguidores adotem.	0,78
Visão	A capacidade do líder em manifestar um estado audacioso e inspirador no futuro e comunicar aos seus liderados para que eles possam ir em direção a esta visão, sem questioná-la.	0,78
Liderança Instrumental		
Compartilhar o poder (CP)	Considerar as recomendações dos seguidores para tomar decisões, partilhando com estes as responsabilidades sobre o futuro da empresa.	0,82
Consideração (CO)	A capacidade do líder em considerar a opinião do colaborador, levando em conta os seus sentimentos e apoiando, caso seja necessário, disponibilizando sua atenção personalizada.	0,88
Esclarecimento do papel (EP)	A capacidade em deixar claro o que se espera do colaborador, quem é o responsável pela atividade, orientando, caso seja necessário, em relação ao trabalho a ser desenvolvido.	0,77
Orientação (OR)	É dizer o que deve ser feito, dando instruções de como fazer o trabalho e que objetivos devem ser atingidos.	0,71
Orientação da equipe (OE)	A capacidade do líder em estimular a cooperação, a integração e o sentido de equipe entre os funcionários.	0,83
Orientação ao desempenho (OD)	É verdadeiramente fazer o papel de educador e desenvolvedor de habilidades, capacitando os colaboradores a melhorarem sua performance e desempenho profissional.	0,88
Reconhecimento Contingente (RC)	O reconhecimento do líder ocasionalmente dando retornos positivos ou elogiando, cumprimentando o colaborador quando seu desempenho estiver acima do esperado.	0,80

Fonte: extraído de Pinto (2005) e de Cury (1999).

O conjunto dos instrumentos foi organizado como um questionário único e passou, também, pela aplicação piloto com o objetivo de medir o tempo de resposta gasto pelos respondentes, bem como para averiguar o nível de compreensão dos

mesmos sobre a linguagem adotada nas escalas. Este procedimento indicou a necessidade de algumas adequações nos termos utilizados na escala EACT e no Inventário LICASO com o objetivo de torná-los mais próximos da realidade local dos sujeitos participantes, como na mudança dos termos “empresa”, “organização” e “empregados” para “servidores” e “instituição” e na descrição das opções de concordância para as respostas da escala LICASO, com foco em obter padronização com os outros instrumentos do estudo.

A coleta foi realizada in loco nas VISAM dos 53 municípios selecionados, mediante agendamento, no período de março a junho de 2011. Na ocasião, os instrumentos eram entregues diretamente aos participantes, após serem informados sobre os objetivos pesquisa, o uso das informações coletadas exclusivamente para fins do estudo, a preservação da identidade dos respondentes e sobre a adesão voluntária ao estudo. Após o autopreenchimento, eram devolvidos em envelopes que continham apenas a identificação da unidade participante.

Os dados coletados foram codificados e tabulados para tratamento estatístico utilizando-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows versão 18 e realizadas as seguintes análises: a) análises descritivas: média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, frequências absolutas e porcentagens; b) validação das escalas: análise dos componentes principais (método Enter ou padrão) para verificar os itens que se agrupam e formam os fatores das escalas; análise da confiabilidade (teste de consistência interna) pelo método alfa de Cronbach; c) teste de hipóteses: correlação  $r$  de Pearson para verificar relação entre variáveis (contínuas ou intervalares) do estudo; teste Qui-quadrado para cruzar variáveis e verificar sua relação (para variáveis no nível nominal), análise de regressão múltipla para verificar a contribuição de cada uma de várias variáveis independentes (causa) para a explicação de uma variável dependente (efeito).

#### **4 – Resultados**

Após atualização dos dados por ocasião da coleta de campo, identificou-se que dos 246 municípios goianos, 4 (1,6%) não contavam área da VISAM em funcionamento; 77 (31,3%) possuíam apenas um servidor; 75 (30,5%) municípios tinham 2 servidores; 48 (19,5%) tinham 3 servidores; e somente 42 (17,1%) municípios contavam com mais de três servidores. O Estado de Goiás totalizava 814 profissionais

fiscais distribuídos nas 242 nas VISAM e, das 53 (21,5%) participantes do estudo, nem todas contavam com mais de três fiscais sanitários lotados em suas estruturas, mas mesmo assim optou-se por mantê-las incluídas no campo de estudo.

As características dos participantes apresentaram equilíbrio em cada grupo de gênero (50,3% no grupo masculino e 49,7% no feminino); a idade distribuiu-se em todas as faixas, com menor concentração (5,7%) na faixa etária até 25 anos; a maioria deles (65,7%) era casada, com nível de escolaridade entre o ensino médio (23,6%) e a pós-graduação (34,3%). Observou-se uma distribuição com maior incidência de fiscais com formação superior (63,6%), incluídos aqueles com ensino superior completo e pós-graduação completa e incompleta. As informações profissionais revelaram que a maioria era servidor efetivo da VISAM (71,0%), trabalhava para a mesma por um tempo compreendido entre 1 e 15 anos (79,7%) e não exercia atividade de coordenação, supervisão ou gerência da equipe (82,7%) no período de coleta de dados.

Inicialmente foram efetuados testes para verificação das qualidades métricas das escalas utilizadas e, em seguida, análises descritivas e testes correlacionais.

Uma análise dos componentes principais do instrumento EAGPP mostrou cinco componentes, com *eigenvalues* maiores do que 1, que explicaram 53,6% da variância, porém o *scree plot* mostrou um único componente e adotou-se esta configuração.

O teste de confiabilidade para o instrumento EAGPP mostrou inicialmente o índice alfa de Cronbach igual a 0,56. Uma análise de conteúdo dos seus 14 itens mostrou que o instrumento apresentava diferentes conteúdos, apesar de todos serem indicadores do nível de desenvolvimento da gestão de pessoas e processos. Devido a esta diversidade de conteúdos, a consistência interna foi relativamente baixa. Analisando os itens com baixa correlação com a escala total, encontrou-se os itens 4 e 7, decidindo-se por excluí-los, o que elevou o alfa para 0,61. Sendo assim, a escala pode ser utilizada no estudo atual com exclusão destes itens, já que a confiabilidade é aceitável. Estudos posteriores da escala deverão ser realizados para reformulação de itens e identificação de sua estrutura fatorial.

Para a EACT foi feita uma análise fatorial confirmatória buscando verificar a adequação dos itens nos fatores propostos pelos autores. Houve apenas uma exceção, o item 6 (O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas), que se relacionou à dimensão “Condições de trabalho” e não à “Organização do trabalho”. A confiabilidade para esta amostra, verificada através do índice de consistência interna

alfa de Cronbach, indicou os seguintes índices: Organização do Trabalho (OT) = 0,66; Condições de trabalho (CT) = 0,91; e Relações socioprofissionais (RS) = 0,87. Tomou-se a decisão de manter as dimensões originais propostas pelos autores.

Os resultados das análises da confiabilidade das subescalas do Inventário LICASO demonstram bons índices de consistência interna na amostra, no entanto, para este estudo decidiu-se excluir os itens 27 e 84 da subescala Confiança nos seguidores (CS), o item 51 da subescala Compartilhar o poder (CP), e o item 44 da subescala Reconhecimento Contingente (RC). Esta modificação se deu em face de que esses itens apresentaram correlação abaixo de 0,30 com as respectivas subescalas, o que justifica as suas exclusões. Após a exclusão dos itens foram os seguintes os índices de consistência interna para cada uma das subescalas do Inventário LICASO: Autoconfiança e determinação (AD) = 0,91; Comunicação Inspiradora (CI) = 0,93; Confiança nos seguidores (CS) = 0,84; Expectativa de desempenho (ED) = 0,88; Estímulo Intelectual (EI) = 0,81; Integridade (IN) = 0,88; Justiça (JU) = 0,81; Modelagem do papel (MP) = 0,87; Visão (VI) = 0,88; Compartilhar o poder (CP) = 0,90; Consideração (CO) = 0,89; Esclarecimento do papel (EP) = 0,86; Orientação (OR) = 0,82; Orientação da equipe (OE) = 0,90; Orientação ao desempenho (OD) = 0,92; Reconhecimento Contingente (RC) = 0,86.

As análises descritivas das respostas aos itens da EAGPP, relativas a diversas ações de gestão de pessoas e processos, mostraram que as respostas variaram entre a concordância total e a discordância total sobre as atividades referidas nos itens serem executadas da forma descrita, entretanto as médias em cada item são capazes de mostrar a tendência da amostra total. Assim, os itens com maiores médias de concordância, em uma escala de 1 a 5, foram referentes à forma de realização das fiscalizações: são realizadas exclusivamente por servidores do quadro de fiscais sanitários (M=4,53); o documento de identificação do fiscal é sempre exibido (M=4,47); todas as atividades de fiscalização são registradas em documento fiscal próprio (M=4,81); e os treinamentos que os servidores recebem resultam em melhoria no desempenho das tarefas (M=4,29). Por outro lado, os itens que obtiveram as médias relativamente mais baixas, indicando discordância, referem-se à aplicação dos recursos provenientes da Taxa de Vigilância e Fiscalização Sanitária na melhoria das estruturas física, administrativa, transportes, ações educativas e capacitação dos servidores (M=2,28); e nos aspectos relacionados à remuneração dos fiscais que inclui a

gratificação de insalubridade ( $M=2,80$ ), a gratificação de função ( $M=2,57$ ) e o pagamento de horas extras ( $M=2,10$ ).

Com relação à escala total, a média de todos os itens foi de 3,47 significando que, apesar de 19,3% dos respondentes indicarem que concordam em parte ou totalmente que as atividades relativas à gestão de pessoas e processos ocorrem da maneira mais eficaz para o desenvolvimento das atividades do serviço, a amostra do estado de Goiás se situa entre “em dúvida” e “concorda em parte” sobre estes aspectos da gestão nas unidades onde trabalham.

Quanto às médias da amostra na EACT, que avalia o contexto de trabalho em três aspectos e os classifica em três níveis, a amostra de fiscais avaliou suas condições de trabalho com média igual a 2,8 e a Organização do Trabalho com média de 3,09. Estes valores, segundo os autores, indicam um resultado crítico, uma “situação-limite, potencializando o mal-estar no trabalho e o risco de adoecimento. Sinaliza estado de alerta, requerendo providências imediatas a curto e a médio prazo” (Ferreira & Mendes 2008 p.118). Quanto às Relações Socioprofissionais, a média de 2,34 está no limite entre a avaliação crítica e satisfatória. Esta última seria, de acordo com os autores, “um resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho, a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional” (p.118).

Os desvios padrão mostram que houve variabilidade nas avaliações dos fiscais, havendo aqueles que avaliaram cada uma das dimensões do contexto de trabalho como satisfatório como houve aqueles que avaliaram como grave, sendo este último “um resultado negativo e produtor de mal-estar no trabalho, com forte risco de adoecimento e requerendo providências imediatas nas causas visando eliminá-las e/ou atenuá-las” (Ferreira & Mendes 2008 p.118).

Uma análise das frequências de respostas em cada nível de avaliação mostra que aproximadamente 22% dos participantes avaliaram as condições de trabalho e a organização do trabalho em nível grave, enquanto 45% avaliaram as condições de trabalho e 65% avaliaram a organização do trabalho em nível crítico, sendo estes resultados preocupantes por significarem problemas nos serviços com risco de mal-estar e adoecimento dos trabalhadores. Já quanto às relações sócio-profissionais, 50% avaliaram-na como satisfatórias, 43% como críticas e apenas 7% como graves.

A análise das médias da amostra no Inventário LICASO mostrou que os valores obtidos nas dezesseis escalas que o compõem ficaram entre o ponto médio 3 e o valor 4, que indica concordância parcial com o enunciado dos itens e uma tendência

para concordar que os líderes apresentam as características da liderança carismática. As escalas com as maiores médias foram Confiança nos seguidores ( $M=3,92$ ), Autoconfiança e Determinação ( $M=3,88$ ), Modelagem de Papel ( $M=3,86$ ) e Integridade ( $M=3,83$ ), enquanto a média relativamente mais baixa foi observada para a escala Estímulo Intelectual ( $M=3,51$ ). A Tabela 1 apresenta os dados descritivos das médias da amostra nos instrumentos EAGPP, EACT e Inventário LICASO.

Tabela 1. Dados descritivos das escalas EAGPP, EACT e Inventário LICASO em uma amostra de fiscais trabalhadores da vigilância sanitária municipal de Goiás, 2011. ( $N=335$ )

Escala	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EAGPP – Gestão de pessoas e processos	1,92	4,92	3,47	0,61
EACT – Condições de Trabalho (CT)	1,00	5,00	2,80	0,99
EACT – Organização do Trabalho (OT)	1,33	5,00	3,09	0,65
EACT – Relações socioprofissionais (RS)	1,00	5,00	2,34	0,79
LICASO – Autoconfiança e determinação (AD)	1,00	5,00	3,88	0,97
LICASO – Comunicação Inspiradora (CI)	1,00	5,00	3,66	1,07
LICASO – Confiança nos seguidores (CS)	1,43	5,00	3,92	0,87
LICASO – Expectativa de desempenho (ED)	1,10	5,00	3,80	0,89
LICASO – Estímulo Intelectual (EI)	1,00	5,00	3,51	0,96
LICASO – Integridade (IN)	1,17	5,00	3,83	0,87
LICASO – Justiça (JU)	1,38	5,00	3,72	0,88
LICASO – Modelagem do papel (MP)	1,00	5,00	3,86	1,01
LICASO – Visão (VI)	1,00	5,00	3,60	1,03
LICASO – Compartilhar o poder (CP)	1,00	5,00	3,74	1,06
LICASO – Consideração (CO)	1,00	5,00	3,79	0,98
LICASO – Esclarecimento do papel (EP)	1,00	5,00	3,71	1,08
LICASO – Orientação (OR)	1,00	5,00	3,72	1,07
LICASO – Orientação da equipe (OE)	1,00	5,00	3,76	1,05
LICASO – Orientação ao desempenho (OD)	1,00	5,00	3,69	1,10
LICASO – Reconhecimento Contingente (RC)	1,42	5,00	3,60	0,88



Análises correlacionais ( $r$  de Pearson) foram realizadas com o objetivo de verificar as relações da avaliação do contexto de trabalho e da percepção sobre o estilo de liderança com a avaliação de aspectos da gestão de pessoas e processos.

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos, que mostram coeficientes de correlação significativos em todas as análises, com os coeficientes negativos indicando que melhores avaliações das condições de trabalho e das relações sócio-profissionais estão relacionadas com melhores avaliações da gestão de pessoas e processos. Uma correlação fraca, positiva e significativa foi encontrada entre as avaliações da organização do trabalho e da gestão, de modo que pior avaliação da organização se relacionou com melhor gestão, resultado que merece maiores investigações.

Já entre as escalas do Inventário LICASO e a avaliação da gestão foram encontradas correlações positivas demonstrando que, quanto mais forte a liderança carismática e instrumental percebida nos líderes, medida pelos escores totais em cada uma das escalas do inventário, melhor foi avaliado o desempenho da gestão nas unidades da VISAM participantes do estudo.

Tabela 2. Coeficientes de correlação (*r* de Pearson) entre os escores nas escalas de Avaliação da Gestão de Pessoas e Processos (EAGPP) e nas escalas EACT e LICASO (N=335)

Escalas	Subescalas	EAGPP – Gestão de Pessoas e Processos
		<i>r</i> de Pearson
EACT – Escala de avaliação do contexto de trabalho	Condições de Trabalho	-0,23**
	Organização do Trabalho	0,19**
	Relações Socioprofissionais	-0,36**
LICASO – Escala de Liderança Carismática	Autoconfiança e Determinação	0,34**
	Comunicação Inspiradora	0,34**
	Confiança nos Seguidores	0,34**
	Expectativa de Desempenho	0,35**
	Estímulo Intelectual	0,30**
	Integridade	0,35**
	Justiça	0,26**
	Modelagem de Papel	0,30**
	Visão	0,33**
LICASO- Escala de Liderança Instrumental	Compartilhar o Poder	0,29**
	Consideração	0,30**
	Esclarecimento do Papel	0,31**
	Orientação	0,31**
	Orientação da Equipe	0,35**
	Orientação ao Desempenho	0,38**
	Reconhecimento Contingente	0,33**

\*\*  $p < 0,001$

Para verificar quais características da liderança e quais aspectos do contexto de trabalho mais responderiam pelas avaliações dos fiscais sobre aspectos da gestão de pessoas e processos nas unidades da VISAM investigadas, foram efetuadas análises de regressão múltipla padrão tendo a gestão como variável dependente.

As análises mostraram que o contexto de trabalho explicou 18% da variância da qualidade da gestão e incluíram as três dimensões ( $R^2 = 0,18$ ;  $F(3, 281) = 21,48$ ;  $p < 0,001$ ). A liderança carismática explicou 13% da qualidade da gestão ( $R^2 = 0,13$ ;  $F(9, 246) = 5,08$ ;  $p < 0,001$ ) e as sete escalas de liderança instrumental explicaram 15% da variância ( $R^2 = 0,13$ ;  $F(7, 266) = 8,04$ ;  $p < 0,001$ ).

Finalmente, uma regressão foi efetuada incluindo na análise as principais variáveis preditoras identificadas nas análises anteriores (contexto de trabalho – Condições de trabalho, Organização do trabalho e Relações socioprofissionais; e liderança – Autoconfiança e determinação, Orientação ao desempenho e Compartilhar o

poder), que explicaram juntas 20% da variância ( $R^2 = 0,20$ ;  $F(6, 267) = 11,99$ ;  $p \leq 0,001$ ) da qualidade da gestão nas VISAM de Goiás estudadas.

## **5 – Discussão**

Em face da importância da avaliação como suporte nos processos decisórios, mesmo que sua utilização tenha ocorrido de forma ainda incipiente, conforme salientam Santos et al. (2010), e que diversas tenham sido as deficiências encontradas em estudos avaliativos realizados na área, principalmente as relacionadas aos recursos humanos, à precariedade das condições de trabalho e aos aspectos da gestão, desenvolveu-se este estudo no âmbito da VISAM de municípios goianos. Teve como objetivo analisar a estruturação da VISAM, na percepção dos fiscais, focalizando os seus processos de trabalho, as condições e organização do trabalho, as relações sócio-profissionais, o estilo de liderança desempenhado pelos gestores e os resultados das avaliações sobre a gestão de pessoas e processos, assim como relacionar estas avaliações entre si.

Reconhece que o trabalho desenvolvido na vigilância sanitária é diferenciado daquele desempenhado pelos profissionais de saúde de outros setores, pela ampla e complexa área de atuação e os distintos conhecimentos requeridos no atendimento às demandas e às especificidades do ambiente de intervenção. Os processos de trabalho devem ocorrer de forma integrada, com cooperação local, regional e coordenação federal, envolvendo toda a cadeia de produção e consumo, além das instituições de saúde, para a garantia efetiva da proteção e promoção da saúde da população.

Coordenar a atuação da vigilância sanitária é um dos grandes desafios dos gestores da área, nas três esferas de governo, cujos resultados do desempenho estão diretamente relacionados às condições estruturais das unidades de trabalho no que diz respeito aos recursos humanos, ao espaço físico e recursos instrumentais e de equipamentos, bem como às práticas e capacidade de liderança (CONASS 2007, OPAS/MS 2006).

Como contribuição deste estudo, foi construída a Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e Processos (EAGPP), com confiabilidade aceitável (alfa de Cronbach = 0,61) e carecendo de mais estudos para reformulação de itens e

identificação de sua estrutura fatorial para que possa ser de utilidade prática na avaliação contínua de aspectos da gestão no âmbito da vigilância sanitária.

Adotando-se a escala EAGPP na amostra deste estudo, que envolveu a avaliação das VISAM de 53 municípios goianos, as maiores médias de concordância referentes à realização das atividades exclusivamente por servidores do quadro, o uso de documento de identificação pelos fiscais, o registro das atividades de fiscalização e o treinamento realizado que resulta em melhoria do desempenho das tarefas. Os itens de maiores discordâncias sobre a forma como as ações da vigilância se desenvolvem se referiram à aplicação dos recursos oriundos das taxas de vigilância e fiscalização prioritariamente na melhoria da estruturação da VISAM participantes do estudo e aspectos relacionados à remuneração dos fiscais. Esses resultados apontam para uma gestão de pessoas e processos na amostra estudada que ocorre de maneira mais eficaz para o desenvolvimento das atividades do serviço, na percepção dos trabalhadores, sem que haja preocupações quanto aos aspectos dos recursos humanos. Resultados de estudos na área que se assemelham aos evidenciados neste estudo apontaram igualmente dificuldade no uso dos recursos financeiros (Garibotti et al. 2006, Juliano & Assis 2004, Marangon et al. 2009, Michaloski 2008) e gratificação insuficiente dos profissionais (Leal & Teixeira 2009).

Quanto aos resultados obtidos com a EACT, referente ao contexto de trabalho das VISAM estudadas, a organização do trabalho e as condições de trabalho foram apontadas como críticas, uma situação de limite e que potencializa o mal-estar no trabalho e risco de adoecimento, sinalizando estado de alerta que exige providências imediatas no curto e médio prazos. As relações socioprofissionais encontram-se no limite entre a avaliação crítica e satisfatória, revelando-se próximo um resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho. Estes achados são compatíveis com outros encontrados em estudos na área da saúde em que a organização do trabalho revelou riscos severos à saúde (Campos & David 2011, Shimizu 2011) e condições de trabalho críticas (Shimizu 2011). Contrapondo-os, outros encontraram condições de trabalho com baixo risco de adoecimento profissional (Campos & David 2011), relações socioprofissionais com risco moderado à saúde (Campos & David 2011) ou graves no contexto do trabalho dos profissionais da estratégia da saúde da família (Shimizu 2011).

As análises do inventário LICASO mostraram que as maiores médias obtidas se referiram às subescalas Confiança nos seguidores, Autoconfiança e determinação, Modelagem de papel e Integridade, todos fatores componentes da

subescala Liderança Carismática. Assim, os líderes das da VISAM na amostra estudada manifestam em seus seguidores a capacidade de provocar resultados e criar confiança; possuem a capacidade de confiar em si mesmos, se autoapreciam e têm convicção quanto ao caminho a seguir, sendo assertivos e determinados; expressam um conjunto de crenças, através do exemplo pessoal, que desejam que seus seguidores adotem; e possuem integridade composta por seus valores, crenças, retidão e coerência em agir da mesma forma que acreditam, ou seja, seguem um código moral bem definido. No entanto, deixam a desejar nos aspectos pertinentes ao Estímulo intelectual, com a menor média obtida neste estudo, no sentido de que esses mesmos líderes não lançam mão do treinamento, aperfeiçoamento e o estímulo às ideias inovadoras para a solução de problemas e obter uma equipe mais eficaz. Esses resultados são compatíveis com outros estudos que encontraram as melhores médias em confiança nos seguidores (Cristaldo 2002); autoconfiança e determinação (Cristaldo 2002, Pinto 2005); e integridade (Carvalho 2002, Pinto 2002).

Nos resultados das correlações realizadas encontrou-se significância em todas as análises das subescalas EACT e LICASO. Correlações negativas com as subescalas condições de trabalho e relações socioprofissionais indicam que quanto melhores as avaliações destas, melhores os resultados das avaliações da gestão de pessoas e processos. A associação entre uma pior avaliação da organização do trabalho e melhores resultados da gestão pode indicar que os trabalhadores da VISAM não preferem um ambiente de trabalho organizado, o que merece investigações. Esses resultados podem estar associados ao fato de que a organização do trabalho padroniza procedimento, estabelece normas, regra e regulamentos, cronogramas e padrões de resultados que podem ser associados, pelos trabalhadores, como tarefas repetitivas, pressão por resultados e fiscalização de desempenho, conforme sugerem outros estudos (Shimizu 2011, Campos & David 2011).

Nas análises do inventário LICASO, as correlações positivas mostraram que quanto mais forte a liderança carismática e instrumental melhor foi avaliado o desempenho da gestão das VISAM participantes do estudo.

Verificou-se, através das análises de regressão múltipla, que o contexto de trabalho explica 18% da variância da qualidade da gestão de pessoas e processos, a liderança carismática explica 13% e a liderança instrumental 15%. Quando entraram todas as variáveis na análise, as principais preditoras dos resultados da gestão de pessoas e processos foram o contexto de trabalho (subescalas Condições de trabalho,

Organização do trabalho e Relações socioprofissionais) e três fatores de liderança (subescalas Autoconfiança e determinação, Orientação ao desempenho e Compartilhar o poder), que juntos explicaram 20% da variância.

## **Conclusão**

Este estudo avança na tentativa de identificar quais os fatores influenciadores dos resultados das ações da VISAM no âmbito descentralizado ao apontar que aspectos relacionados ao contexto de trabalho e à liderança constituem-se em importantes componentes a serem considerados pelos gestores do setor nos seus processos de planejamento e gestão. Investimentos nesses componentes podem resultar em melhorias de resultados da atuação da VISAM e, por consequência, na qualidade da saúde para toda a população, pela importante contribuição que a vigilância sanitária desempenha neste processo. Assim, este fundamental componente do SUS poderá contribuir para a redução das desigualdades sociais que ainda fazem parte dos objetivos do fundamental direito à saúde para todo ser humano postulados pela Organização Mundial de Saúde (Koh & Nowinski 2010).

Os melhores resultados encontrados sobre os aspectos das relações socioprofissionais e o exercício da liderança carismática pelos gestores das VISAM estudadas fazem com que outras deficiências, como na organização e nas condições de trabalho, sejam superadas pelos profissionais. Resta saber se isso por si só garante que os resultados das suas ações contribuam efetivamente para a melhoria da qualidade da saúde da população, o que carece ser investigado.

Como limitações deste estudo estão a inexistência de dados que possam comparar os resultados aqui encontrados na área da VISAM; a limitação do estudo às VISAM goianas que supostamente podem ser as melhores estruturadas em face do critério de inclusão; o não aprofundamento da investigação sobre as influências do trabalho na saúde do trabalhador pela subjetividade e complexidade envolvida nos constructos pertinentes ao contexto de trabalho (Campos & David 2011, Shimizu 2011); e a adoção de instrumentos que, apesar de validados em outros estudos, não são específicos da área da saúde.

Como linha para investigações futuras, sugere-se o aperfeiçoamento do instrumento para medida da gestão de pessoas e processos, a fim de que o setor possa contar com um instrumento de avaliação válido e útil a ser adotado no cotidiano das

suas ações; investigar outros fatores que possam estar associados às condições precárias de trabalho e da organização do trabalho, como uma possível associação com a capacitação, qualificação, vínculo e rotatividade dos recursos humanos; assim como a estruturação do município onde as VISAM se encontram inseridas em termos de porte populacional e de fatores socioeconômicos.

Sabendo que o bem-estar e a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde podem resultar em melhorias na assistência (Martins et al. 2007, Lima júnior et al. 2009), é importante que ações efetivas sejam tomadas pelos gestores da vigilância sanitária, em todas as suas esferas de atuação, no sentido de nutrir o setor de condições que promovam as relações socioprofissionais, possibilitem o exercício de uma liderança com características carismáticas e instrumentais, a fim de que a VISAM possa exercer de forma efetiva suas funções e contribuir para a melhoria das condições de saúde da população e correspondente diminuição das desigualdades em saúde. Isso irá exigir a adoção de estratégia social inovadora, vontade política e habilidade interpessoal (Koh & Nowinski 2010).

## Referências

- Andrade ANM, Albuquerque MAC, Andrade ANM 2011. Assessment of the Stress Level of Anesthesiologists of the Sergipe Anesthesiologists Cooperative. *Brazilian Journal of Anesthesiology* 61(4): 486-494.
- Azevedo CS 2002. Liderança e processos intersubjetivos em organizações de saúde. *Cien Saude Colet* 7(2): 349-361.
- Bahia L, Costa NR, Stralen CVan 2007. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Cienc Saude Colet* 12(supl.): 1791-1818.
- Barbosa AO, Costa EA 2010. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Cien Saude Colet* 15(7): 3361-3370.
- Bastos AA, Costa EA, Castro LLC 2011. Fatores facilitadores e dificuldades no exercício da vigilância sanitária de farmácias em Salvador-Bahia. *Cienc Saude Colet* 16(9): 3863-3872.
- Battessini M 2008. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal*. Tese doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 210 pp.
- Bedell-Avers KE, Hunter ST, Mumford MD 2008. Conditions of problem-solving and the performance of charismatic, ideological, and pragmatic leaders: A comparative experimental study. *The Leadership Quarterly* 19(1): 89-106.
- Bowditch JL, Buono AF 2006. *Fundamentos de comportamento organizacional*. Tradução LHB Machado, revisão técnica AEVM Passos. LTC, Rio de Janeiro, 356 pp.

- Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP 2010. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Cienc Saude Colet* 15:1585-1596.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde 2007. *Vigilância em Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II. Brasília: CONASS, 132 pp.
- Brasil 1990. *Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 20 set. 1990.
- Campos JF, David HSL 2011. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Rev Esc Enferm USP* 45(2): 362-368.
- Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC 2012. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet* 17(4): 901-911.
- Carvalho RMF 2002. *Características e comportamentos da liderança carismática em diversos setores de uma indústria de cosméticos*. Dissertação Mestrado, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Minas Gerais.
- Cohen MM 2009. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Rev Saude Colet* 19(3): 867-901.
- Contandriopoulos AP 2006. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 11(3): 705-711.
- Contresas F, Juárez F, Barbosa D, Uribe A 2010. Estilos de liderazgo, riesgo psicosocial y clima organizacional en un grupo de empresas colombianas. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar Nueva Granada* 18(2): 7-17.
- Costa EA 2000. Conceitos e áreas de abrangência. In: Rozenfeld S, organizadores. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 41-48.
- Covem EM 2010. Descentralização das ações de vigilância sanitária. *Cienc Saude Colet* 15(Supl.2): 3020-3026.
- Cristaldo LM 2002. *Estilo de Liderança em Empresas de Ituiutaba e Região*. Dissertação Mestrado, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia.
- Cury SRR 1999. *Focalizando a liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma*. Tese Doutorado, Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 157 pp.
- Danna K, Griffin RW 1999. Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management* 25(3): 357-384.
- David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH 2009. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto & Contexto – Enfermagem* 18(2): 206-214.
- De Seta MH, Dain S 2010. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Cien Saude Colet* 15(supl.3): 3307-3317
- Dela Coleta ASM, Dela Coleta MF 2008. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *Psico-USF* 13: 59-68.



- Dela Coleta JA, Dela Coleta MF 1998. Características del liderazgo em Brazil: hallazgos del Proyecto GLOBE. In: Encontro Venezolano sobre Motivación, Mérida. *Memórias Evemo VII*. Mérida – ROGYA, C. A., p. 121-125.
- Eduardo MBP 1998. *Vigilância Sanitária*. Série Saúde & Cidadania, v.8, Colaboração ICS Miranda, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, São Paulo, 461 pp.
- Ferreira MC, Mendes AMB 2008. Contexto de trabalho. In: MMM Siqueira (Org.); A Tamayo et al. *Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Artmed, Porto Alegre, p. 111-123.
- Garcia LP, Hofelmann DA, Facchini LA 2010. Auto-avaliação de saúde e condições de trabalho entre trabalhadores de centros de atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [online] 26(5):971-980. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org.ez49.periodicos.capes.gov.br/10.1590/S0102-311X2010000500019>.
- Garibotti V, Hennington EA, Selli L 2006. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad Saude Publica* 22(5): 1043-1051.
- Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ 2009. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & Contexto Enfermagem* 18(2): 266-272.
- Gomes AR, Cruz J 2007. Abordagem carismática e transformacional: modelos conceituais e contributos para o exercício da liderança. *Psicol USP* 18(3): 143-161.
- House RJ, Delbecq HA, Taria EB 1997. Socialized leadership charismatic constructs. Universidade de Wharton, Pensilvenia (mimeo).
- House, R. J. (1977). A 1976 theory of charismatic leadership. In J. G. Hunt & L. L. Larson (Eds.), *Leadership: The cutting edge*. Southern Illinois University Press, Carbondale, p.189-207.
- Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP 2007. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem* 16: 417-425.
- Juliano IA, Assis MMA 2004. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Cien Saude Colet* 9(2): 493-505.
- Kets de Vries M 1997. Liderança na empresa: como o comportamento dos líderes afeta a cultura interna. Atlas, São Paulo, 215 pp.
- Koh HC, Nowinski JM 2010. Health equity and public health leadership. *American Journal of Public Health* 100(S1): S9-S1.
- Leal COBS, Teixeira CF 2009. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador-BA, Brasil. *Interface Comun Saude Educ* 13(30): 167-179.
- Leal RMA, Bandeira MB, Azevedo KRN 2012. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: teoria e prática* 14(1): 15-25.
- Lima Júnior J, Alchieri JC, Maia EMC 2009. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 43: 670-676.

- Limongi-França AC, Arellano EB 2002. Liderança, poder e comportamento organizacional. In MTL Fleury, *As Pessoas nas organizações*, Editora Gente Livraria e Edit LTDA, São Paulo, p. 259-270.
- Lucchese G 2010. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. *Cienc Saude Colet* 15(Supl.2): 3020-3026.
- Marangon MS, Scatena JHG, Costa EA 2009. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). *Rev Adm Publica* 43: 457-479.
- Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T 2010. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44: 956-961.
- Martins JT, Robazzi MLCC, Plath GA 2007. Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital-escola. *Ciencia y Enfermeria* 13: 25-33.
- Matos E, Pires DEP, Campos GWS 2009. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 62: 863-869.
- Matos E, Pires D 2006. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 15(3): 508-514.
- Michaloski LCR 2008. *Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do estado de São Paulo*, Dissertação Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 120 pp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica 2003. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Mimeo, 7 pp.
- Mumford MD, Antes AL, Caughron JJ, Friedrich TL 2008. Charismatic, ideological, and pragmatic leadership: Multi-level influences on emergence and performance. *The Leadership Quarterly* 19(2): 144-160.
- Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS 2006. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 22(1): 131-140.
- O'dwyer G, Reis DCS, Silva LLG 2010. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Cien Saude Colet* 15(7): 3351-3360.
- OPAS/MS – Organização Pan-Americana de Saúde/Ministério da Saúde 2006. *Chamado à Ação de Toronto: 2006-2015. Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Série D, Reuniões e Conferências, Ministério da Saúde, Brasília, 12 pp.
- Parada R 2010. O limite da ação setorial: federalismo, saúde e vigilância sanitária. *Cienc Saude Colet* 15(Supl.2): 3020-3026.
- Paschoal T, Tamayo A 2008. Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica* 7(1): 11-22.
- Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS 2010. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44: 657-664.

Pinto MMRA 2002. *Liderança real e idealizada em empresas de médio e grande porte de Uberlândia (MG)*, Dissertação Mestrado, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Minas Gerais.

Pinto MMRA 2005. *Cultura organizacional e características de liderança em empresas de Uberlândia e região*, Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 226 pp.

Piovesan MF 2002. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 101pp.

Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont UM, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, Lima LFMoreira 2005. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol* 8: 83-95.

Rangel FB, Godoi CK 2009. Sintomas Psicossomáticos e a Organização do Trabalho. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios* 11(33): 402-422.

Robbins SP 2004. *Fundamentos do comportamento organizacional*. Tradução técnica R Marcondes, Pearson Prentice Hall, São Paulo, 320 pp.

Santos TMMG, Silva NC, Nogueira LT, Vilarinho LM, Nunes GBL 2010. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. *Rev Rene* 11(3): 171-179.

Shimizu HE 2011. O processo de trabalho na estratégia saúde da família suas repercussões no processo saúde-doença. *Cienc Saude Coletiva* [periódico na internet] [Citado em 9 de julho 2012]; [cerca de 15 p.] Está disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

Silva ACP, Pepe VLE 2008. Vigilância Sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. L Giovanella (Org.), Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 819-849.

Siqueira MMM, Padovam VAR 2008. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24(2): 201-209.

Sousa AA, Dela Coleta MF 2012. O bem-estar no trabalho de psicólogos em serviços de saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão* 32(2): 404-421.

Souza GS, Costa EA 2010. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Cien Saude Coletiva* 15(Supl.3): 3329-3340.

Souza LEPM 2010. A vigilância sanitária e a mudança do modelo de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet* 15(Supl.2): 3020-3026.

Tanaka OU, Tamaki EM 2012. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc Saude Coletiva* 17(4): 821-828.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM; Silva LMV, Szwarcwald CL 2004. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cienc Saude Coletiva* 9(3): 711-724.

Walter F, Bruch H 2009. An Affective Events Model of Charismatic Leadership Behavior: A Review, Theoretical Integration, and Research Agenda. *Journal of Management* 35: 1428-1452, first published on September 23, 2009 doi: 10.1177/0149206309342468.

**Artigo 4 – Fatores estruturais e funcionais da vigilância sanitária municipal, índices socioeconômicos dos municípios e sua relação com a notificação de doenças.**

**Structural and functional factors of municipal health surveillance, socioeconomic rates and its relationship to disease notification.**

**RESUMO**

As práticas da vigilância sanitária são fundamentais à prevenção e eliminação de riscos e à proteção da saúde da população. Sua área de atuação é complexa, com carências inúmeras, e exige a implementação de políticas de intervenção integradas com as demais vigilâncias para que alcance suas finalidades. Este estudo objetivou verificar em que medida as características organizacionais da vigilância sanitária municipal (VISAM) de Goiás e algumas variáveis socioeconômicas dos municípios se relacionam com indicadores de saúde, medidos pelo coeficiente de detecção média anual de doenças de notificação compulsória confirmadas nos municípios estudados no período 2006-2010. Participaram 53 gestores e 335 fiscais trabalhadores da VISAM nos 53 municípios selecionados a partir de critérios preestabelecidos. Os dados primários foram obtidos através de questionários, construídos e validados para atender aos objetivos da pesquisa, e os secundários por meios dos sistemas públicos e de arquivos gerados especificamente para a finalidade do estudo. No tratamento estatístico utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows e envolveu análises descritivas, correlacionais e de variância. Algumas características organizacionais da VISAM foram associadas com o coeficiente de detecção das doenças investigadas. As deficiências estruturais e organizacionais existentes no setor sugerem ineficiências na atuação da VISAM no processo de prevenção das doenças e agravos, que podem contribuir para o aumento das subnotificações dentro do Sistema de Vigilância em Saúde. Superar essas deficiências significa munir os serviços de vigilância de instrumentos para a aproximação da realidade da saúde local vivenciada pela população.

**Palavras-chave:** vigilância sanitária; administração em saúde pública; notificação de doenças; análise socioeconômica.

## **ABSTRACT**

The practices of health surveillance are fundamental to the prevention and elimination of hazards and protection of population health. Its area of practice is complex, with numerous shortcomings, and requires the implementation of policy interventions integrated with other surveillance to reach its goals. This study aimed to verify to what extent the organizational characteristics of municipal health surveillance of Goiás and some socioeconomic variables of municipalities relate to health indicators, measured by coefficient of average annual detection rate of notification's compulsory confirmed diseases in the cities studied in the period 2006-2010. Participated 53 managers and 335 workers tax of health surveillance of municipalities in the 53 municipalities selected from established criteria. Primary data were obtained through questionnaires, constructed and validated to meet the research objectives, and the side by means of public systems and files created specifically for the purpose of the study. In the statistical treatment used the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows and involved descriptive analysis, correlation, and variance. Some organizational characteristics of health surveillance of municipalities were associated with the detection rate of the diseases investigated. The structural and organizational deficiencies existing in the sector suggest inefficiencies in the performance of the health surveillance's municipalities at the process prevention of diseases and disorders that may contribute to increase underreporting within the Health Surveillance System. Overcoming these deficiencies mean supporting surveillance's services of tools to approach the reality of local health experienced by the population.

**Keywords:** health surveillance; public health administration; disease notification; socioeconomic analysis.

## **Introdução**

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foram instituídos com foco na promoção e proteção da saúde da população, por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. Incluem nesse escopo os

ambientes, os processos, os insumos e as tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL/MS, 2009; PIOVESAN, 2002).

A análise permanente da situação da saúde da população é objetivo da Vigilância em Saúde em cujo escopo encontram-se a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL/MS, 2009).

Pela complexidade da área de atuação da vigilância sanitária, constitui-se em grande desafio para os gestores a intervenção que proteja e promova a saúde da população de forma efetiva. Isso demanda a articulação de um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades, cuja execução é desempenhada pelos agentes públicos por meio das interações das pessoas com a coletividade. (CONASS, 2007).

Dentre os instrumentos existentes com foco no fortalecimento do SNVS, encontram-se o Plano Diretor da Vigilância Sanitária; o Pacto pela Saúde; e o Regulamento Sanitário Internacional. Este último estabelece a necessidade de aperfeiçoamento das capacidades dos serviços de saúde pública para detectar, avaliar, monitorar e dar respostas apropriadas aos eventos que possam se constituir em emergência em saúde pública de importância internacional, aprimoramento dos instrumentos de prevenção e controle dos riscos de saúde pública (BRASIL/MS, 2009).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), instituído em 1975, tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis. O SUS incorporou o SNVE e ampliou o conceito de vigilância epidemiológica, em face das mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, resultando na inserção de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo das suas atividades (BRASIL/MS/SVS/DVE, 2009).

Os serviços de saúde devem estar preparados para identificar a ocorrência de sintomas e sinais que possam sugerir uma doença ou agravo de causa desconhecida, ou o comportamento não usual de uma doença definida, como também nos casos de doenças emergentes. A detecção precoce desses fenômenos é fundamental para o desencadeamento das ações pertinentes, para o que os profissionais de saúde devem ser estimulados a notificar de forma oportuna para possibilitar a adoção de medidas de prevenção e controle com prontidão e efetividade (BRASIL/MS/SVS, 2005; BRASIL/MS/SVS/DVE, 2009).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) objetiva coletar, transmitir e disseminar dados gerados na rotina do sistema de vigilância epidemiológica das três esferas de governo. Fornece informações para análise do perfil da morbidade e facilita a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando na tomada de decisões (BRASIL/MS/SVS, 2005).

O desenvolvimento das funções de vigilância epidemiológica, nos sistemas locais de saúde, deve articular-se com as atividades de prevenção e controle de eventos adversos à saúde, inclusive no que se refere à fiscalização sanitária, para que a identificação dos fatores de risco ocorra de forma ágil (WALDMAN; FREITAS, 2008). A realização das atividades básicas de vigilância sanitária é de competência dos municípios (BRASIL/MS, 2004), com a fiscalização sanitária constituindo-se em “um dos instrumentos mais ágeis e eficazes disponíveis ao Estado, sempre que corretamente aplicados na defesa da população, diante de riscos, virtuais ou iminentes, de agravos à saúde” (WALDMAN; FREITAS, 2008, p.138).

Essa articulação das práticas da vigilância sanitária com as de vigilância epidemiológica é resultante do caráter multidisciplinar da atuação da vigilância em saúde ao reconhecer que as modificações nos padrões de morbi-mortalidade resultam de um processo amplo nas condições de vida do homem. O controle sanitário de produtos para o consumo humano, tecnologias médicas e de riscos ambientais, tornaram-se áreas amplas e complexas da saúde pública. Isso resulta que a garantia da boa qualidade de vida à população requer a implementação do controle sanitário de forma articulada e multidisciplinar com as funções essenciais de saúde pública, como a regulação, a fiscalização sanitária, a vigilância epidemiológica e a pesquisa (WALDMAN; FREITAS, 2008).

O SNVS enfrenta dificuldades na implementação das ações no âmbito descentralizado, como na organização dos serviços que apresenta graves problemas estruturais que, aliados aos recursos orçamentários incipientes e às pressões políticas, à insuficiência e falta de capacitação dos recursos humanos, resultam em dificuldades no cumprimento das suas funções e competências dentro do Sistema (CONASS, 2007). Existem disparidades entre os municípios de diferentes portes, com necessidades sanitárias distintas em face da diversidade do perfil econômico, territorial, produtivo, político e sociocultural (ANVISA, 2004).

O conhecimento das condições de saúde da população brasileira aponta para a associação de diversas doenças às condições socioeconômicas, ao nível educacional,

às condições de infraestrutura sanitária e ambientais. Investigações que identifiquem os reais fatores que interferem no processo de melhoria das condições de saúde das pessoas são importantes, como nas associações entre os indicadores de ocorrência de doenças e aspectos organizacionais e da gestão dos serviços de saúde.

Há de se considerar que estudos sobre as doenças e correspondentes associações com outros fatores, como as condições socioeconômicas e ambientais, podem sofrer interferências de diversos fatores, como a forma de ocupação dos espaços urbanos por populações com diferentes estratos socioeconômicos; o próprio processo da transmissão das doenças que sofre influência do grau de imunidade da população; os dados secundários extraídos dos sistemas oficiais de notificação que, em geral, registram os casos que buscam assistência médica nos serviços públicos de saúde, mais frequentados pela população de mais baixa renda; os dados secundários obtidos dos sistemas oficiais de notificação que podem ser influenciados pela subnotificação ou superestimativa de casos devido a erros de diagnóstico, problemas de acesso aos serviços de saúde; os dados dos sistemas públicos de saúde e os censitários que podem estar afetados por erros de registro, de perdas e de extravios de informações (TEIXEIRA et al., 2003; SABROZA; TOLEDO; OSANAI, 1992; RESENDES et al., 2010; SANCHES, 1993). Waldman (1998) acrescenta que a subnotificação pode associar-se ao fato de os sistemas serem passivos, ao desconhecimento por parte dos profissionais de saúde da sua importância ou da lista de doenças submetidas à vigilância.

Estudos sobre os índices de subnotificação das doenças ou agravos nos sistemas de informações brasileiros instituídos para esta finalidade são pontuais, adotam distintos métodos de investigação e revelam valores considerados altos mesmo para aquelas doenças ou agravos tidos como de alta gravidade e importância epidemiológica (p.ex. CARVALHO; DOURADO; BIERRENBACH, 2011).

Mesmo com essas limitações, mas reconhecendo a importância das ações da vigilância sanitária como protetora da saúde da população, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de verificar em que medida as características estruturais e funcionais da vigilância sanitária municipal (VISAM) de Goiás, assim como algumas variáveis socioeconômicas dos municípios inseridos no estudo, se relacionam com os coeficientes de detecção média anual de doenças de notificação compulsória confirmadas no período de 2006 a 2010.



## Metodologia

O campo de investigação foi a VISAM de 246 municípios goianos, distribuídos nas 16 Regionais de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO) que possuíam em outubro de 2010 mais de três trabalhadores exercendo as atividades de fiscalização. A partir deste critério e da disponibilidade dos respondentes, participaram 335 fiscais e 53 coordenadores integrantes da VISAM, de 53 municípios, que responderam voluntariamente os instrumentos empregados no estudo.

O critério de elegibilidade das doenças ou agravos era serem de notificação compulsória e confirmados em Goiás no período de 2006 a 2010, com foco em incluir, no mínimo, 75% dos casos confirmados no somatório de todas as notificações realizadas no período.

O levantamento das características estruturais e organizacionais da VISAM foi realizado através da construção de três instrumentos específicos para os objetivos do estudo: Inventário de Características Demográficas e Funcionais (ICDF), questionário Caracterização do Trabalho (CT) e Escala de Medida do Desempenho (EMDES). O processo de construção e validação dos instrumentos foi constituído das seguintes etapas: a) elaboração de questões e afirmações que respondessem os objetivos do estudo; b) validação de conteúdo para verificar se as questões e afirmações elaboradas correspondiam ao que se pretendia medir, por meio de encaminhamento à Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) da SES-GO para análise e sugestões, bem como da realização de reuniões com gestores e profissionais fiscais daquele órgão, que atuaram como juízes nesta avaliação; c) aplicação piloto em seis fiscais e dois coordenadores de dois municípios goianos não integrantes da amostra para validação semântica, visando assegurar a adequada compreensão das questões e afirmações pelos potenciais respondentes; e d) adequação dos instrumentos a partir dos resultados obtidos nestas etapas.

O questionário ICDF, para levantar dados pessoais e profissionais dos servidores fiscais da VISAM, ficou composto de sete questões, categoriais ou nominais, com níveis de resposta variando de 2 a 8.

O questionário CT, a ser respondido pelo coordenador ou responsável pela VISAM, objetiva descrever o serviço nos municípios goianos. Construído com base nas dimensões contidas no Elenco Norteador das Ações de VISA (BRASIL/MS, 2010) e no Modelo Padronizado do Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA

2011/2012 (GOIÁS/SS, 2010) ficou composto de 40 (quarenta) questões com respostas categóricas ou nominais, relativas a dois grupos de ações relativas à estruturação e fortalecimento da gestão e a estratégias para o gerenciamento do risco sanitário.

A escala EMDES, após análise dos componentes principais, que indicou dois fatores, e cálculo da consistência interna, ficou composta de duas subescalas. A primeira, denominada de “Escala de Avaliação das Frequências das Ações de Fiscalização (EAFAF)” objetiva avaliar, na percepção dos fiscais participantes do estudo, a frequência da realização das atividades desenvolvidas no âmbito da VISAM, a serem respondidos em escala tipo Likert, retratando a concordância com a frequência de realização das ações, variando de nunca a diariamente, com alfa de Cronbach igual a 0,78. A segunda, denominada de “Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e Processos (EAGPP)”, ficou constituída de 14 itens que objetivaram avaliar, sob a ótica dos respondentes, alguns aspectos do trabalho relacionados com a gestão de pessoas e processos como ocorrem na VISAM, tendo cinco opções de resposta, no formato Likert, variando de concordo totalmente a discordo totalmente, com alfa de Cronbach de 0,61.

Para a seleção das doenças ou agravos considerou-se: (a) que as práticas da VISAM são estabelecidas com foco na noção de risco ou ameaças de agravos, cuja concepção epidemiológica do risco se insere na probabilidade, estatisticamente verificável, de um evento adverso à saúde se relacionar com determinados fatores (COSTA, 2012); (b) que são diversos os instrumentos utilizados pela VISAM no exercício da sua função, tais como: o monitoramento da qualidade dos produtos e serviços; a vigilância epidemiológica dos eventos adversos à saúde relacionados com atividades profissionais, riscos ambientais, consumo de tecnologias médicas, água e alimentos, produtos de origem animal e correspondente risco de veiculação de doenças infecto-parasitárias, agravos relacionados a resíduos tóxicos e fármacos; as ações de vigilância em portos, aeroportos, fronteiras e migrações humanas, no sentido de impedir a disseminação de doenças infectocontagiosas; a preservação das condições sanitárias nos meios de transporte; o controle sanitário dos serviços relacionados com a saúde; saúde do trabalhador, ecologia humana e informação sanitária à população (COSTA, 2012; CONASS, 2007); (c) que a notificação compulsória constitui-se na principal fonte de vigilância epidemiológica, a partir da qual se desencadeia o processo informação-decisão-ação (BRASIL/MS/SVS/DVE, 2010).

As seguintes doenças ou agravos foram selecionados pelo entendimento de que seus fatores de riscos de ocorrência, em razão das suas características

epidemiológicas, encontram-se relacionados às ações desenvolvidas pela VISAM: (a) doenças ou agravos associados às condições do meio ambiente, a desequilíbrios ecológicos ocasionados por desmatamentos, uso indiscriminado de agrotóxicos, de produtos químicos ou a populações que vivem em áreas rurais ou regiões periurbanas: Acidentes por animais peçonhentos, Atendimento antirrábico humano, Dengue, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral e Malária; (b) doenças infectocontagiosas, com formas diversas de transmissão: AIDS e Meningite; e (c) relacionadas às condições socioeconômicas e de infraestrutura sanitária, como saneamento básico, higiene, qualidade da água para consumo humano e alimentos, assim como às contaminações oriundas de atividades profissionais e de ambientes de trabalho: Hanseníase, Hepatites virais, Intoxicações exógenas, Leptospirose e Tuberculose.

O coeficiente de detecção média anual de doenças de notificação compulsória foi calculado a partir da média anual do número de casos ocorridos no período considerado, dividido pelo número de habitantes do município (população censitária 2010) e multiplicado por 100.000.

Buscou-se incluir os indicadores socioeconômicos que apresentassem relações com as doenças selecionadas para fazerem parte do estudo, ficando definidos os seguintes, relativamente a cada um dos municípios participantes: População 2010; Taxa de crescimento; Produto Interno Bruto 2008 per capita; ICMS 2010; índice Gini 2000; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2000; IDHM Educação 2000; IDHM Longevidade 2000; IDHM Renda 2000; Taxa de alfabetização 2010; Taxa de mortalidade infantil 2000; Extensão em metros de rede de água; Número de ligações água 2010; Extensão em metros de rede de esgoto 2010; Número de ligações esgoto 2010; Número de hospitais 2010; Número de leitos hospitalares 2010; Rendimento médio empregos (RAIS) 2010. O ano de referência é pertinente aos dados mais atualizados disponíveis nos sistemas de informações públicos no período da coleta.

A coleta de dados de campo foi realizada em duas etapas, no período de março a junho de 2011. A pesquisa junto aos fiscais sanitários foi realizada in loco nas VISAM participantes do estudo, mediante agendamento com os participantes voluntários de cada serviço. Os dados junto aos coordenadores foram coletados por meio eletrônico, mediante encaminhamento do questionário e posterior devolução por e-mail e, alternativamente, por fax ou Correios.

Os dados secundários, pertinentes às doenças de notificação compulsória confirmadas no Estado de Goiás e nos municípios participantes do estudo, no período de 2006 a 2010, foram obtidos por meio de solicitação formal à SUVISA (GOIÁS/SS/SVS, 2011). Os dados socioeconômicos foram extraídos dos bancos de dados da Superintendência de Estatística, Pesquisa e Informação da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Goiás e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (GOIÁS/SEPLAN/IMBES, 2011; IBGE, 2011).

Utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows versão 18, para tratamento estatístico, que constou das seguintes análises: a) análises descritivas: média e desvio padrão, frequências absolutas e relativas; b) análise dos componentes principais (método Enter ou padrão) para verificar os itens que se agrupam e formam os fatores das escalas; análise da confiabilidade (teste de consistência interna) pelo método alfa de Cronbach; c) correlação  $r$  de Pearson para verificar relação entre variáveis (contínuas ou intervalares) do estudo, e d) análise de variância (ANOVA) F de Snedecor para testar a diferença entre as médias de grupos da amostra.

A pesquisa teve autorização formal da SES-GO, dos gestores da VISAM participantes e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o Protocolo nº 268/2010.

## **Resultados**

As características dos fiscais participantes apresentaram equilíbrio em cada grupo de gênero (50,3% no grupo masculino e 49,7% no feminino); a idade distribuiu-se em todas as faixas, com menor concentração (5,7%) na faixa etária até 25 anos; a maioria deles (65,7%) era casada, com nível de escolaridade entre o ensino médio (23,6%) e a pós-graduação (34,3%). Observou-se uma distribuição com maior incidência de fiscais com formação superior (63,6%), incluídos aqueles com ensino superior completo e pós-graduação completa e incompleta. Nos aspectos profissionais, a maioria era servidor efetivo da VISAM (71,0%), trabalhava para a mesma por um tempo compreendido entre 1 e 15 anos (79,7%) e não exercia atividade de coordenação, supervisão ou gerência da equipe (82,7%) no período de coleta de dados. Não foram levantadas informações sobre as características pessoais dos coordenadores.

As doenças e agravos de notificação compulsória em Goiás confirmadas no período 2006-2010 totalizaram 368.686 casos, sendo que as 13 selecionadas para fazerem parte das análises correlacionais totalizaram 281.062 (76,2%) nos 53 municípios goianos participantes deste estudo (Tabela 1).

(Inserir Tabela 1)

Os resultados das análises dos componentes principais e o cálculo da consistência interna da escala EMDES mostraram que o instrumento era suficientemente válido e confiável como medida da qualidade do serviço da VISAM e que posteriormente poderia ser aperfeiçoado para uso generalizado neste âmbito.

Os valores das análises de variância (F de Snedecor) que testaram as diferenças entre as médias nos coeficientes das doenças para cada opção de resposta do questionário CT, mostraram que 21 de suas 40 questões foram capazes de discriminar as respostas dos gestores em pelo menos um dos coeficientes estudados e que algumas delas mostraram diferenças em até quatro questões.

Quanto à estrutura legal, quando a lei que define as competências e atribuições da VISAM já foi aprovada no município, os coeficientes de detecção médios anuais de doenças e agravos de notificação compulsória de Hepatite ( $F=5,16$ ;  $p<0,05$ ) e Atendimento antirrábico humano ( $F=12,39$ ;  $p<0,05$ ) são significativamente mais altos do que nos municípios que ainda não têm a lei aprovada (aproximadamente 1,5 vezes mais alta). Nas VISAM em que os profissionais fiscais estavam todos investidos no cargo por ato legal ( $M_1=49,6$ ), o coeficiente de Hanseníase foi significativamente mais baixo ( $F=5,92$ ;  $p<0,05$ ) que naqueles municípios em que os profissionais não se encontravam investidos no cargo por ato legal ( $M_2=107,2$ ).

Entre as questões que se referem à estrutura física e de recursos materiais, aquela que verifica se os veículos existentes na VISAM são suficientes para a realização das atividades mostrou ( $F=4,91$ ;  $p<0,05$ ) que o coeficiente de detecção da Dengue é mais baixo ( $M_1=257$  casos em 100.000 habitantes) quando os veículos são suficientes do que quando não são ( $M_2 = 463,8$  casos em 100.000). Também quando existem todos os impressos legais em quantidades adequadas para a realização das atividades, os coeficientes de AIDS ( $M_1=8,8$ ) ( $F=8,08$ ;  $p<0,01$ ), de Leishmaniose Tegumentar Americana ( $M_1=8$ ) ( $F=5,92$ ;  $p<0,05$ ) e de Tuberculose ( $M_1=13,4$ ) ( $F=5,74$ ;  $p<0,05$ ) são mais baixos do que quando eles não cobrem esta necessidade ( $M_2 = 15,6$ ;  $M_2=22,6$ ;  $M_2=20,2$  respectivamente). Quando existe estrutura adequada para arquivo de cadastros dos estabelecimentos sujeitos às ações da VISAM ( $M_1=8$ ) o coeficiente de detecção

médio de AIDS é mais baixo ( $F=9,25$ ;  $p<0,01$ ) do que naqueles municípios em que não existe estrutura adequada para a realização deste procedimento ( $M_2=13,8$ ).

As questões que verificam a estrutura administrativa e operacional mostraram diferenças significativas nos coeficientes médios de detecção anual de pelo menos uma doença, de modo que quando o sistema Notivisa está implantado e tem alimentação periódica, o coeficiente de AIDS ( $M_1=20,2$ ) é mais alto ( $F=15,09$ ;  $p<0,01$ ) do que quando ele ainda não está implantado e/ou não tem alimentação ( $M_2=8,8$ ); quando todos os procedimentos da Vigilância Sanitária já estão normatizados e padronizados, o coeficiente de Atendimento antirrábico humano ( $M_1=289$ ) é mais baixo ( $F=3,24$ ;  $p<0,05$ ) do que quando não estão ( $M_2=416,2$ ); quando as fiscalizações são realizadas em equipes de dois ou mais fiscais, os coeficientes de Dengue e de Hepatite ( $M_1 = 334$ ;  $M_1 = 6,4$ ) são mais baixos ( $F=6,01$ ;  $p<0,05$ ;  $F=4,32$ ;  $p<0,05$ ) do que quando ocorrem individualmente ( $M_2=640,4$ ;  $M_2=27,6$ ); quando de 70 a 100% dos estabelecimentos do município, sujeitos à vigilância sanitária, encontram-se cadastrados no sistema de informações da VISAM, os coeficientes de Leishmaniose Visceral ( $M_1=0,30$ ) foram menores ( $F=3,66$ ;  $p<0,05$ ) que aqueles que possuíam entre 40 e 69% dos estabelecimentos cadastrados ( $M_2=2,49$ ).

Quanto a aspectos da gestão de pessoas, todos os itens do questionário discriminaram pelo menos uma doença na análise comparativa realizada (ANOVA). Nos municípios onde o Plano de Formação e Capacitação de Pessoal da VISAM já está aprovado e implementado, o coeficiente de detecção média anual de Leishmaniose Tegumentar Americana ( $M_1=28,4$ ) é mais alto ( $F=4,13$ ;  $p<0,05$ ) do que quando ainda não foi implementado ( $M_2=10,6$ ) ou nem foi aprovado ( $M_3= 7,8$ ), porém se a quantidade de recursos humanos existente atende plenamente ( $M_1=0,12$ ) às necessidades da VISAM ou atende em parte ( $M_2=0,06$ ), os coeficientes de Leptospirose são mais baixos ( $F=7,13$ ;  $p<0,01$ ) do que quando não atende ( $M_3=0,52$ ). Também foi verificado que em dois dos municípios investigados os fiscais não comparecem à Vigilância Sanitária diariamente para depois seguirem para suas atividades de fiscalização e, nestes, os coeficientes de AIDS ( $M_2 =20,8$ ) ( $F=5,53$ ;  $p<0,05$ ), Dengue ( $M_2 =1199,2$ ) ( $F=13,26$ ;  $p<0,01$ ) e Meningite ( $M_2 = 12,3$ ) ( $F=5,44$ ;  $p<0,05$ ) são mais altos do que nos municípios onde se cumpre essa rotina ( $M_1=9,48$ ;  $M_1=354,2$ ;  $M_1=6,0$  respectivamente). Relativamente à capacidade técnica dos recursos humanos, quando esta atende às necessidades da VISAM o coeficiente de Atendimento antirrábico humano ( $M_1=356,6$ ) é mais baixo ( $F=6,57$ ;  $p<0,01$ ) do que naqueles onde a capacidade

técnica atende em parte ( $M_2=365,8$ ) ou não atende às necessidades da VISAM ( $M_3=976$ ). Também, quanto ao sistema de remuneração dos fiscais sanitários encontrou-se que quando estes percebem apenas o salário fixo mensal, o coeficiente de detecção média anual de Atendimento antirrábico humano ( $M_1=287,2$ ) é inferior ( $F=6,05$ ;  $p<0,01$ ) do que quando não existe um sistema padronizado de remuneração ( $M_2=455,2$ ) ou quando percebem algum tipo de adicional além da remuneração fixa ( $M_3=389$ ); já o coeficiente de Leishmaniose Tegumentar Americana é maior ( $F=3,25$ ;  $p<0,05$ ) onde os fiscais percebem apenas o salário fixo ( $M_1=287,2$ ) ou não possuem sistema padronizado de remuneração ( $M_3=29$ ) e mais baixo onde o sistema de remuneração contempla algum tipo de adicional ( $M_2=6,6$ ).

Das questões que avaliam fatores relevantes ao fortalecimento da gestão, três mostraram diferença significativa, de modo que o planejamento das ações da VISAM com a participação de todos os servidores, feito com frequência anual ou semestral, mostra coeficiente de detecção médio de Hepatites virais ( $M_1=16,2$ ) mais baixo ( $F=4,22$ ;  $p<0,05$ ) do que se o planejamento é feito esporadicamente ou nunca é feito ( $M_2 = 26,8$ ). Quando há o envio de relatórios mensais de atividades fiscais à Regional de Saúde e/ou à SUVISA, o coeficiente de Acidentes por Animais Peçonhentos ( $M_1=40,6$ ) é maior ( $F=8,75$ ;  $p<0,01$ ) do que quando o envio é feito somente quando solicitado ou não é realizado ( $M_2=16,8$ ). Já quando a realização da avaliação formal da VISAM ocorre anual, semestral ou mensalmente o coeficiente de Hanseníase ( $M_1=40,6$ ) é mais baixo ( $F=6,26$ ;  $p<0,05$ ) do que quando esta atividade é esporádica ou nunca foi desenvolvida ( $M_2=86$ ).

Nos itens pertinentes à educação e comunicação em saúde para a sociedade, as três questões mostraram diferenças significativas nos coeficientes de detecção média anual de Leishmaniose Visceral. Assim, se tais ações já estão implantadas no município, se a VISAM conta com estrutura adequada para recepção e averiguação de denúncias e se também já está implantado o serviço de atendimento às demandas e reclamações, os coeficientes médios de Leishmaniose Visceral ( $M_1 = 12$ ;  $M_1= 32$ ;  $M_1= 20$ ) são mais baixos ( $F=5,53$ ;  $p<0,05$ ;  $F=7,56$ ;  $p<0,01$ ;  $F=7,79$ ;  $p<0,01$  respectivamente) do que quando isso não ocorre ( $M_2 = 106$ ;  $M_2 = 304$ ;  $M_2 =180$ ). Também o coeficiente de detecção média anual da Tuberculose foi mais baixo ( $F=5,27$ ;  $p<0,05$ ) quando o Sisagua encontrava-se implantado e com alimentação periódica ( $M_1=0,68$ ) do que nos municípios em que este sistema não se encontrava implantado ( $M_2=1,03$ ). Entretanto a Meningite apresentou coeficiente um pouco mais alto ( $F=4,44$ ;  $p<0,05$ ) nos municípios

em que as ações de educação e comunicação em saúde para a sociedade já estão implantadas ( $M_1 = 7,12$ ;  $M_2 = 4,88$ ).

Não foram verificadas diferenças nos coeficientes de detecção média das doenças em função das avaliações dos gestores nas questões sobre as ações integrais e intersectoriais de saúde. Também, não foram encontradas associações significativas entre as doenças Intoxicações exógenas e a Malária e os resultados das avaliações do questionário CT.

Para verificar a existência de correlações entre os indicadores socioeconômicos e os coeficientes de detecção médios anuais de doenças de notificação compulsória confirmadas no período de 2006 a 2010, pertinentes aos municípios participantes do estudo, realizou-se a análise de correlação  $r$  de Pearson. As doenças ou agravos Acidentes por Animais Peçonhentos, Atendimento Antirrábico Humano, Hepatites Virais, Leishmaniose Visceral, Leptospirose e Tuberculose não apresentaram correlações significativas com os dados dos indicadores socioeconômicos dos municípios participantes do estudo. Também, os indicadores relativos à extensão de água, ligações de água, extensão de esgoto, ligação de esgoto e índice Gini não se correlacionaram com nenhuma das doenças incluídas nesta análise. Associações significativas e positivas foram encontradas entre os coeficientes de detecção médios anuais de sete das treze doenças de notificação compulsórias incluídas no estudo e alguns dos indicadores socioeconômicos estudados (Tabela 2).

Os valores significativos de  $r$  mostram que os indicadores IDHM, IDHM Educação, IDHM Renda e o número de leitos hospitalares estão significativamente relacionados com o coeficiente de detecção média de AIDS, indicando que a notificação da AIDS é mais alta quanto maiores forem estes índices de desenvolvimento. O mesmo efeito foi observado quanto ao coeficiente de Dengue, que foi positivamente relacionado com IDHM, IDHM Educação, IDHM Renda, Taxa de alfabetização, número de hospitais e de leitos e tamanho da população, indicando que, quanto maiores esses índices, maior é o coeficiente de detecção da Dengue nos municípios estudados.

Os coeficientes de detecção médios de Hanseníase e de Leishmaniose Tegumentar Americana correlacionaram-se negativamente com a taxa de alfabetização, que mede o percentual de pessoas de 10 anos de idade ou mais alfabetizadas, e com a taxa de crescimento geométrico da população. Este resultado significa que, quanto maiores essas taxas, menos são os casos notificados e confirmados de Hanseníase e de Leishmaniose Tegumentar Americana nos municípios goianos participantes do estudo.



Uma correlação positiva foi encontrada entre o coeficiente de detecção média anual de Intoxicações Exógenas e o IDHM e o IDHM Renda, significando que quanto maior o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e a renda municipal per capita média maiores números dessas doenças são registrados e confirmados nos municípios estudados. Já os coeficientes de detecção de Malária e de Meningite tiveram correlações negativas com a Taxa de Mortalidade Infantil, uma situação interessante, vez que esses resultados apontam que o aumento dos coeficientes de detecção médias dessas duas doenças se relaciona significativamente com a diminuição da mortalidade infantil nos municípios estudados.

Ainda sobre os coeficientes de detecção média de Malária e de Meningite, estes se correlacionaram positivamente com os indicadores IDHM, IDHM Longevidade, RAIS e ICMS, significando que nos municípios com índices mais elevados nesses indicadores apresentam maiores números de Malária e de Meningite confirmados. Também, o coeficiente de Malária correlacionou-se positivamente com o número de hospitais e com a população total do município, de forma que quanto maiores esses indicadores socioeconômicos, maior o coeficiente de detecção dessa doença nos municípios estudados. Ainda, a taxa de detecção de Meningite associou-se positivamente com IDHM Renda, Leitos e PIB, de forma que o fato de o município participante do estudo possuir maior índice de renda per capita média, mais quantidade de leitos hospitalares e maior produto interno bruto per capita redundam em maiores coeficientes de detecção da Meningite.

(Inserir Tabela 2)

Para verificar a relação entre os resultados obtidos nas duas subescalas integrantes da Escala de Medida do Desempenho (EMDES), respondidas pelos fiscais, e as taxas de doenças notificadas, inicialmente foram calculadas as médias da equipe de fiscais de cada um dos 53 municípios na Escala de Avaliação das Frequências das Ações de Fiscalização (EAFAP) e na Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e Processos (EAGPP). Em seguida, foi analisada a correlação  $r$  de Pearson entre estas médias e os indicadores de saúde do mesmo município onde esses profissionais trabalhavam. Entretanto, não foram encontradas correlações significativas entre as taxas das doenças e as médias dos fiscais na EAGPP e foram poucas as correlações significativas e positivas com a média dos fiscais na EAFAP, sendo elas: Hepatite ( $r=0,33$ ,  $p<0,05$ ), Intoxicações exógenas ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ) e Malária ( $r=0,38$ ,  $p<0,01$ ), de modo que quanto maior a frequência com que a equipe de fiscais desempenha suas

atividades internas e de campo, conforme descritas no instrumento, maior a taxa de notificação destas doenças no período considerado para o estudo.

A taxa das doenças notificadas incluídas no estudo sofre o efeito de diversos fatores pouco controláveis, tais como as endemias ou a subnotificação. Assim, uma última análise foi realizada para verificar as taxas destas doenças nas regiões geográficas que compõem as regionais de saúde e as macrorregiões de saúde de Goiás. A partir da comparação entre as médias das taxas das doenças nos municípios componentes das macrorregiões de saúde, de fato foram encontradas diferenças significativas nas taxas médias de notificação da AIDS ( $F=4,93$ ;  $p<0,01$ ), da Dengue ( $F=5,45$ ;  $p<0,001$ ), da Hanseníase ( $F=2,64$ ;  $p<0,05$ ), da Leishmaniose Tegumentar Americana ( $F=3,65$ ;  $p<0,01$ ), da Meningite ( $F=10,38$ ;  $p<0,001$ ) e da Tuberculose ( $F=3,06$ ;  $p<0,05$ ). As comparações entre as médias das regionais de saúde mostraram diferenças significativas nas taxas médias de Dengue ( $F=3,43$ ;  $p<0,01$ ), Hanseníase ( $F=5,63$ ;  $p<0,001$ ), Leishmaniose Tegumentar Americana ( $F=9,82$ ;  $p<0,001$ ) e de Meningite ( $F=4,43$ ;  $p<0,001$ ).

## **Discussão e conclusões**

Com o intuito de investigar em que medida as características estruturais e funcionais da vigilância sanitária municipal (VISAM) e algumas variáveis socioeconômicas dos municípios relacionam-se com os indicadores de saúde locais, foram realizadas análises correlacionais e de variância com as respostas aos instrumentos de uma amostra de 53 gestores e 335 fiscais trabalhadores da VISAM de 53 municípios goianos, selecionados a partir de critérios pré-estabelecidos.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram, no mínimo, uma situação intrigante, com associações ora positivas e ora negativas entre os coeficientes de detecção de diversas doenças e os aspectos organizacionais da VISAM, bem como com os indicadores socioeconômicos municipais.

Parece lógico o fato de que melhores estruturas da VISAM, do trabalho exercido pelos seus fiscais, o aumento das frequências de fiscalização e a existência de melhores indicadores socioeconômicos dos municípios pesquisados, resultem em diminuição do coeficiente de detecção de doenças de notificação compulsória. Isso porque as ações desempenhadas pela vigilância sanitária, quando ocorrem de forma

efetiva e multidisciplinar, devem resultar em melhorias nas condições de saúde da população, o que é traduzido nos indicadores adotados neste estudo.

No entanto, as associações encontradas em termos de aumento de determinadas doenças ou agravos e as melhores médias obtidas nas avaliações realizadas pelos gestores e fiscais da VISAM e os melhores indicadores socioeconômicos municipais sugerem que nestes municípios ocorrem menores índices de subnotificação das doenças de notificação compulsória. Sendo assim, esta situação indica que uma melhor estruturação dos serviços de saúde, não só no âmbito da vigilância sanitária, mas de maneira geral, resulta na aproximação da realidade da situação de saúde das populações em termos de melhoria no acesso aos serviços e na qualidade do atendimento. Além disso, que nos municípios onde se desvendou maiores carências estruturais e organizacionais seriam os locais onde as doenças e os agravos ocorrem, mas que não são notificados e, possivelmente, sequer tratados. Isso pode também ocorrer na grande maioria dos municípios goianos onde existem menos de três servidores atuando na VISAM e cujo conhecimento sobre a forma como a VISAM se encontra estruturada ainda carece de investigações.

Comparando os resultados das associações encontradas com outros estudos, pode-se observar a existência de algumas contradições. Neste estudo, a AIDS teve associação positiva com IDHM, IDHM Educação e IDHM Renda, diferentemente dos achados de Reis, Santos e Cruz (2007) e de Stephan, Henn e Donalisio (2010) que encontraram a baixa escolaridade e a baixa renda associadas ao seu crescimento. A não associação entre a taxa de notificação do Atendimento antirrábico humano, os Acidentes por Animais Peçonhentos, as Hepatites Virais, a Leishmaniose Visceral, a Leptospirose e a Tuberculose com os indicadores socioeconômicos são resultados diferentes dos encontrados na literatura. Lana et al. (2009) encontraram associações negativas entre a Hanseníase e os baixos valores de IDHM; a ocorrência da Leptospirose em regiões com condições de infraestrutura sanitária inadequadas (SOARES et. al., 2010); as associações significativamente positivas da Meningite às populações carentes e, em países desenvolvidos, ao nível socioeconômico baixo e a fatores ambientais (BARROSO et al., 1998); a incidência da Tuberculose associada a áreas de grande concentração populacional ou com baixas condições socioeconômicas e sanitárias (BRASIL/MS/SVS/DVE, 2010).

E, corroborando com os resultados do estudo de Resendes et al. (2010), a Dengue que, neste estudo, teve associação positiva com IDHM, IDHM Educação,

IDHM Renda e Taxa de Alfabetização, mostrando se tratar de uma enfermidade que se relaciona a diversos fatores e atinge classes distintas da população e, por conseguinte, de difícil prevenção.

Alguns resultados obtidos neste estudo sugerem novas linhas de investigações futuras, tais como: o fato de terem sido identificadas associações significativas e positivas entre as Intoxicações Exógenas e o aumento da frequência das atividades de fiscalização e com os indicadores socioeconômicos IDHM e IDHM Renda; as associações positivas das Meningites e da Malária com diversos índices socioeconômicos, bem como a associação negativa dessas mesmas doenças com a taxa de mortalidade infantil.

As relações da Leishmaniose Tegumentar Americana com as questões associadas ao desenvolvimento de atividades econômicas que interferem no equilíbrio ambiental (BRASIL/MS/SVS/DVE, 2010) e da Leishmaniose Visceral com aspectos ambientais resultantes da ocupação urbana e condições sanitárias (COSTA; TAPETY; WERNECK, 2007) também são importantes fontes de estudos futuros com vistas a identificar se esses são determinantes da incidência dessas doenças em Goiás.

As causas da ocorrência da Malária que se encontram associadas às áreas rurais, às questões ambientais e sua endemicidade ocorre na Região Amazônica. Mais de 80% dos casos identificados em outras regiões brasileiras são importados da área endêmica, do continente africano ou do Paraguai (BRASIL/MS/SVS/DVE, 2009). Os casos confirmados de Malária nos municípios estudados podem estar associados a essas formas da doença, revelando a importância da instituição de ações efetivas de vigilância voltadas para viajantes e a população em geral, o que carece maiores investigações.

Por outro lado, as diferenças encontradas entre as taxas médias de notificação da AIDS, da Dengue, da Hanseníase, da Leishmaniose Tegumentar Americana, da Meningite e da Tuberculose nas distintas micro e macrorregiões de Goiás constituem problemas de investigação de interesse epidemiológico, que podem estar relacionadas aos resultados do desempenho dos fiscais e com os indicadores de saúde, assim como o problema da subnotificação e da confiabilidade dos registros sobre saúde pública.

O fato do aumento da frequência de fiscalizações realizadas pelos fiscais da VISAM não possuir associações com a redução do coeficiente de notificação das doenças estudadas pode estar atrelado a fatores outros, como as pressões políticas sofridas pela área (CONASS, 2007) ou a falta de recursos humanos concursados, que

acarreta a persistência de indicações políticas para os cargos e funções dessas unidades, conforme salientam Paim e Teixeira (2007). Isso pode resultar que as ações realizadas pelos profissionais não produzam efeitos efetivos na prevenção e proteção dos riscos sanitários aos quais a população se encontra exposta, pelo não prosseguimento dos processos que carecem de ser instituídos.

Os dados extraídos dos sistemas oficiais de notificação podem ter afetado os resultados encontrados neste estudo, conforme relatado por Teixeira et al. (2003), Resendes et al. (2010) e Sanches (1993). Outro fator se refere à inexistência de dados mais atualizados de alguns indicadores socioeconômicos dos municípios, como no caso daqueles pertinentes às condições sanitárias (ligação e extensão de água e de esgoto), cujas informações não se encontravam disponíveis para uma boa parte deles. Também, outros indicadores são datados do ano de 2000, que podem ter mascarado os resultados em função do tempo decorrido entre a produção das informações confrontadas que podem não mais representar a realidade local dos municípios estudados.

Deve-se considerar, ainda, a limitação deste estudo restrito às VISAM de municípios goianos, além do fato de supostamente serem aos melhores estruturados em face do critério de inclusão. Entretanto, os 53 municípios estudados abarcam 75,5% da população do Estado de Goiás, havendo representatividade de grandes e pequenas cidades. Cinco municípios componentes da amostra possuíam menos de 10 mil habitantes e dentre os 20 maiores municípios goianos apenas um não foi incluído no estudo por não possuir mais de três fiscais atuando na VISAM no período da coleta dos dados.

Tendo em vista que a vigilância sanitária ainda é um componente do sistema de saúde pouco conhecido e mal compreendido pela população e no próprio âmbito desse sistema; que sua atuação é quase sempre restrita à ação fiscalizatória, cuja concepção encontra-se atrelada ao paradigma da ação curativa da saúde em detrimento da sua proteção e promoção; investimentos na estruturação e organização da VISAM são fundamentais para que ela exerça efetivamente o seu papel e contribua, de forma multidisciplinar e multi-institucional, para com a melhoria das condições de saúde da população.

Avanços na execução das ações para a estruturação e fortalecimento da gestão e nas ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário, no âmbito da vigilância sanitária, e correspondente interconexão com as demais vigilâncias, requerem medidas imediatas dos gestores públicos, nas três esferas de governo, no sentido de

ampliar seus esforços para garantir recursos estruturais e de funcionamento desse importante componente do SUS. Superar essas deficiências significa abrir caminho para aproximação da realidade das condições de saúde vivenciada pela população e, conseqüentemente, garantir os preceitos constitucionais da promoção, proteção e recuperação da saúde de forma equitativa.

## **Bibliografia**

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária 2004*. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo\\_2004/historico/historico.htm](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/historico.htm)>. Acesso em: 28 set. 2012.

BARROSO, D.E. et al. Doença meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 1, p.89-97, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 115, p.58-59, 17 jun. 2004, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anexo I da Portaria nº 1.106, de 12 de maio de 2010*. Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 245, p.65-69, 23 dez. 2009, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasil: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso\\_vigilancia\\_epidemiologico.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiologico.pdf)>. Acesso em 01 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 1ª reimpressão 2010. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8ª ed. revista. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 448p.

CARVALHO, C.N.; DOURADO, I; BIERRENBACH, A.L. Subnotificação da comorbidade tuberculose e aids: uma aplicação do método de *linkage*. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.3, p.548-55, 2011.

- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Vigilância em Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v.6. Brasília: CONASS, 2007, 132p.
- COSTA, C.H.N.; TAPETY, C.M.M.; WERNECK, G.L. Controle da leishmaniose visceral em meio urbano: estudo de intervenção randomizado fatorial. *Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 40, n.4, p.415-419, 2007.
- COSTA, E.A. Vigilância sanitária e proteção da saúde. Disponível em: <<http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/artigos.asp>>. Acesso em: 26 out. 2012.
- GOIÁS (Estado). Secretaria de Planejamento e Gestão. Instituto Mauro Borges de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Estatística Municipais*. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/>>. Acesso em: 27 e 28 jul. 2011.
- GOIÁS (Estado). Secretaria de Saúde. Modelo Padronizado do Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012 – Instrumento de Monitoramento da Programação Anual das Ações de VISA. *Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás 2010*. Arquivo disponibilizado em: 18 out. 2010.
- GOIÁS (Estado). Secretaria de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Frequência por Ano da Notificação segundo Agravos Compulsórios. *Notificação Individual – SinanNet*. Arquivos disponibilizados em: 22 jul. 2011, 15 ago. 2011, 27 set. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)>. Acesso em: 22 ago. 2011.
- LANA, F.C.F. et al. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.11, n.3, p.539-544, 2009.
- PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, supl., p.1819-29, 2007.
- PIOVESAN, M.F. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. 2002. 101 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- REIS, A.C.; SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, v.16, n.3, p.195-205, 2007.
- RESENDES, A.P.C. et al. Determinação de áreas prioritárias para ações de controle da dengue. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.44, p.274-282, 2010.
- SABROZA, P.C.; TOLEDO, L.M.; OSANAI, C.H. A Organização do espaço e processos endêmicos-epidêmicos. In: LEAL, M.C.; SABROZA, P.C.; RODRIGUES, R.H.; Buss, P.M. (eds.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. v.2. São Paulo: Hucitec; 1992. p.57-77.
- SANCHES, O. Análise rotineira de dados de vigilância em saúde pública: que procedimentos estatísticos utilizar? *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.27, n.4, p.300-304, 1993.

SOARES, T.S.M. et al. Análise espacial e sazonal da leptospirose no município de São Paulo, SP, 1998 a 2006. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.44, p.283-91, 2010.

STEPHAN, C.; HENN, C.A.; DONALISIO, M.R. Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n.5, p.812-819, 2010.

TEIXEIRA, M.G. et al. Dinâmica de circulação do vírus da dengue em uma área metropolitana do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.12, n.2, p.87-97, 2003.

WALDMAN, E.A.; FREITAS, F.R.M.. A vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária. In: COSTA, E.C. (Org.). *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA, 2008, 180p.

WALDMAN, E.A. *Vigilância em Saúde Pública*. Vol. 7. Colaboração Teresa Etsuko da Costa Rosa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania).



Tabela 1. Consolidado das Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória Confirmados nos municípios participantes do estudo e no Estado de Goiás nos anos 2006 a 2010, segundo as doenças ou agravos selecionados.

Doenças ou Agravos Compulsórios Confirmados	Total doenças ou agravos 2006-2010	
	Municípios participantes (Nº)	Estado de Goiás (Nº)
Acidente por animais peçonhentos	6.792	10.367
AIDS	3.006	3.556
Atendimento Antirrábico Humano	99.980	128.005
Dengue	146.829	168.906
Hanseníase	10.093	14.856
Hepatites Virais	4.228	5.229
Intoxicações Exógenas (*)	2.950	3.460
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.180	2.516
Leishmaniose Visceral	84	158
Leptospirose	26	35
Malária	319	360
Meningite	1.878	2.349
Tuberculose	3.697	4.873
<b>Total</b>	<b>281.062</b>	<b>344.670</b>
Demais doenças de notificação compulsória	15.138	24.016
Total de Doenças Confirmadas	296.200	368.686
Total de Doenças Notificadas	408.606	507.411

(\*) Os dados de 2006 referem-se a Intoxicações por Agrotóxicos.

Fonte: SINAN/CSIS/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos dos arquivos disponibilizados em 22/07/2011, em 15/08/2011 e em 27/09/2011- NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – SinanNet Frequência por Ano da Notificação segundo Agravos Compulsórios.

Tabela 2. Coeficientes de correlação  $r$  de Pearson entre os indicadores socioeconômicos e as taxas de incidência de doenças de notificação compulsória confirmadas nos municípios participantes do estudo no período de 2006 a 2010 (N= 53).

Indicadores socioeconômicos	AIDS ( $r$ )	Dengue ( $r$ )	Hanseníase ( $r$ )	Intoxicações Exógenas ( $r$ )	Leishmaniose Tegumentar Americana ( $r$ )	Malária ( $r$ )	Menin- gite ( $r$ )
IDHM 2000	0,38**	0,46**		0,27*		0,31*	0,40**
IDHM Educação 2000	0,35**	0,44**					
IDHM Longevidade 2000						0,30*	0,33*
IDHM Renda 2000	0,39**	0,47**		0,28*			0,39**
Alfabetização 2010		0,29*	-0,42**		-0,41**		
Mortalidade infantil 2000						-0,31*	-0,32*
Hospitais 2010		0,32*				0,31*	
Leitos 2010	0,42**	0,45**					0,35*
RAIS 2010						0,38*	0,28*
População 2010		0,35*				0,33*	
Taxa Crescimento 2010			-0,35*		-0,38**		
PIB 2008							0,43**
ICMS 2010						0,28*	0,28*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Legenda: IDHM=Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; RAIS=Rendimento Médio (emprego); PIB=Produto interno bruto; ICMS=Imposto de Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços.

## 6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever o serviço da vigilância sanitária de municípios goianos (VISAM) e avaliar aspectos da gestão, os processos de liderança, o comprometimento organizacional e o contexto de trabalho. Também, verificar a existência de associações entre as características estruturais e funcionais da VISAM e de alguns indicadores socioeconômicos dos municípios integrantes do estudo com os correspondentes coeficientes de detecção média anual de doenças e agravos de notificação compulsória confirmados no período de 2006 a 2010 nesses municípios.

Este capítulo apresenta a discussão geral dos resultados gerais obtidos, sendo que a descrição mais detalhada e com as respectivas associações com outros estudos desenvolvidos na área se encontra delineada nos artigos constantes do capítulo resultados.

Participaram do estudo 53 gestores e de 335 fiscais da vigilância sanitária municipal (VISAM), pertencentes a 53 municípios goianos, selecionados segundo critérios predefinidos, que responderam voluntariamente aos diferentes instrumentos de coleta de dados adotados. As doenças ou agravos de notificação compulsória e os indicadores socioeconômicos foram selecionados em função de se considerar que as ações desenvolvidas pela vigilância sanitária no âmbito local podem interferir nos resultados desses índices.

Referentemente ao levantamento dos dados, sabe-se que um dos desafios do estudo do comportamento organizacional é encontrar instrumentos válidos que possam medir as variáveis com a máxima fidedignidade possível. Pasquali (1996) afirma que os de maior utilização têm sido as escalas, muitas vezes traduzidas ou adaptadas, por serem originárias de outras culturas, que nem sempre atendem aos critérios de validação e demonstração de índices de confiabilidade. Outra dificuldade, assinalada por Pinto Júnior (2005), diz respeito ao uso de instrumentos que apresentam resultados inconsistentes, de acordo com achados na literatura revisada por este autor, o que faz com que pesquisadores abandonem as teorias e tratem somente dos resultados estatísticos.

Como resultados do modelo de investigação proposto para este estudo, foram construídos o questionário Caracterização do Trabalho (CT) e a Escala de Medida do Desempenho (EMDES), em suas subescalas Escala de Avaliação das Frequências das Ações de Fiscalização (EAFAF) e Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e

Processos (EAGPP). A construção do questionário CT, que teve como base para a definição das suas dimensões de análise os componentes do Elenco Norteador das Ações de Vigilância Sanitária, avança na possibilidade de identificação de uma ferramenta que, depois de revisada e testada em outros estudos, poderá servir de ponto de partida para avaliações no âmbito da VISAM, acrescentando oportunamente parâmetros de objetivos e metas definidos nos planos e programas e instituindo conexão com os resultados dos desempenhos esperados ou alcançados. Também, os resultados das análises da escala EMDES, mostrando que o instrumento é suficientemente válido e confiável como medida da qualidade do serviço da VISAM, apontam para a possibilidade de que esta escala possa ser aperfeiçoada em estudos posteriores, visando conferir-lhe melhores índices de validade e confiabilidade e ter seu uso institucionalizado nesta área de avaliação da vigilância sanitária.

A aplicabilidade da Escala de Estilo de Liderança (Inventário LICASO), da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e da Escala de Bases do Comprometimento Organizacional (EBACO) à área da vigilância sanitária, também é resultado importante, pelo fato de que estes instrumentos, com as pequenas adaptações realizadas, mostraram-se adequados para a medida das variáveis neste âmbito de estudo, pelos resultados das análises de confiabilidade realizadas.

Nos aspectos da caracterização do trabalho da VISAM, foram identificadas carências quanto à estruturação legal, física, de recursos materiais, administrativa e operacional. A dimensão gestão de pessoas foi a que obteve os menores índices de resultados positivos dentre as demais pertinentes às ações para a estruturação e fortalecimento da gestão, seguida pela dimensão estrutura administrativa e operacional. Identificou-se a falta de plano de formação e capacitação para os trabalhadores, quantidade e capacidade técnica dos profissionais inadequada para o exercício das atividades da vigilância sanitária e falta de padronização no sistema de remuneração. Esta é, também, a realidade da VISAM de outros municípios brasileiros em que foram encontradas carências estruturais, deficiências na quantidade, formação e capacitação dos profissionais, recursos humanos temporários e gratificação insuficiente (Garibotti et al. 2006, Michaloski 2008, Leal & Teixeira 2009, Juliano & Assis 2004, Marangon et al. 2009).

Houve uma tendência de evolução em termos das dimensões estudadas que parece ocorrer a partir da estruturação legal, física e de recursos materiais que se apresentam melhor organizadas nas VISAM participantes do estudo, mas que, em face

das deficiências na estrutura administrativa e de gestão de pessoas, não conseguem avançar nos itens pertinentes aos fatores relevantes para o fortalecimento da gestão, como no planejamento, controle e avaliação. Estes resultados corroboram com a teoria de Donabedian, no sentido de que há uma tendência de evolução das ações ou serviços avaliados em termos de contexto-estrutura-processos-resultados (Donabedian 1984, Miranda et al. 2012, Novaes 2000, Silva & Formigli 1994).

Melhorias foram encontradas na integração das ações entre os órgãos municipais que atuam ou que se relacionam com a saúde, bem como no atendimento às demandas e reclamações. Juliano e Assis (2004) também encontraram progressos quanto à articulação interinstitucional no processo de descentralização da saúde ocorrido em Feira de Santana, Estado da Bahia.

Os serviços básicos de monitoramento de produtos, serviços e ambientes de interesse da saúde, que deveriam se constituir em atividades básicas da VISAM (Cohen 2009, Garibotti et al. 2006), estavam implementados em pouco mais da metade dos municípios estudados. O Sistema de Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) parece constituir-se nas ações básicas de quase todas as VISAM estudadas, apesar das análises laboratoriais para monitoramento de produtos de interesse da VISAM serem realizadas em pouco menos da metade delas.

No que concerne ao comprometimento organizacional na amostra de fiscais componentes do estudo, a análise e interpretação das médias obtidas demonstrou alto comprometimento quanto ao sentimento de obrigação pelo desempenho, indicando que esses trabalhadores compartilham a crença de que devem se esforçar em benefício da VISAM. Também o comprometimento afetivo situou-se acima da média, com um grupo de fiscais (29,7%) mostrando alto comprometimento, de forma que eles tendem a ter a crença e identificação com a filosofia, os valores e os objetivos da instituição. Esperava-se comprometimento quanto à obrigação em permanecer e ao sentimento afiliativo, mas os resultados mostraram comprometimento baixo e abaixo da média respectivamente para estas bases, significando que os fiscais não acreditam que são reconhecidos pelos colegas como membros do grupo e da organização, mesmo que um grupo (48,8%) tenha demonstrado comprometimento afiliativo acima da média. Estes resultados são compatíveis com os de outros estudos brasileiros estudando amostras de trabalhadores de diferentes categorias (Nogueira 2011, Holleben 2012, Campos 2011, Kuabara & Sachuk 2010, Santos 2010, Aquino 2010, Pena 2009, Halla 2010, Sousa 2010, Xavier 2005, Salgado 2008, Pena 2009).

Entre as bases de comprometimento que se esperava serem baixas, destacou-se a percepção de escassez de alternativa, com a maioria dos fiscais (66,7%) demonstrando baixo comprometimento. Isso significa que eles percebem que possuem alternativas de trabalho se deixarem a instituição, apesar desta percepção não ser compartilhada igualmente pelos componentes da amostra. Este resultado foi semelhante a outros estudos realizados no Brasil (Nogueira 2011, Campos 2011, Santos 2010, Pena 2009, Halla 2010), mesmo que o nível de comprometimento instrumental da base escassez de alternativas tenha ficado acima da média em uma amostra de trabalhadores de uma rede hoteleira no sul do país (Holleben 2012).

Nos aspectos relacionados às características individuais e profissionais na amostra estudada, relacionados ao comprometimento organizacional, obteve-se que as mulheres apresentam menores crenças de que o esforço extra em benefício da organização deve ser recompensado e que a VISAM deva lhes dar mais oportunidades (baixo comprometimento) do que os homens. Maior comprometimento afetivo e afiliativo foram encontrados no grupo com idade entre 41 e 45 anos, que se diferenciou significativamente dos mais jovens; o grupo de solteiros apresentou comprometimento afiliativo mais baixo em relação aos casados e separados; maior comprometimento nas bases afetiva, obrigação em permanecer e percepção de recompensas e oportunidades foram encontrados nos grupos com mais baixos níveis de escolaridade, em relação aos demais; o tempo de serviço não foi associado aos níveis de comprometimento; o grupo que exerce atividades de gerência, coordenação ou supervisão da equipe mostrou comprometimento acima da média na dimensão do comprometimento afiliativo; e, quanto ao vínculo com a instituição, os servidores contratados, temporários ou comissionados, portanto sem vínculo efetivo com a VISAM ou com outros órgãos do município ou do Estado, mostraram comprometimento afetivo mais alto, bem como maior sentimento de obrigação em permanecer do que os servidores efetivos.

Outros estudos brasileiros têm encontrado diferenças entre homens e mulheres nas diferentes bases do comprometimento organizacional (Aquino 2010, Sousa 2010, Fagundes 2011), maior comprometimento nas bases afetiva, obrigação em permanecer, linha consistente de atividade por parte do grupo de trabalhadores com mais idade (Aquino 2010, Fagundes 2011, Mathieu & Zajac, 1990, Bastos 1993) e, em contraposição, outros encontraram correlação negativa da idade com a base afetiva (Santos 2010), comprometimento afetivo mais baixo entre os casados (Joiner & Bakalis 2006, Fagundes 2011), baixos níveis de escolaridade associados a maior

comprometimento afetivo (Salgado 2008) e a maior obrigação em permanecer (Santos 2010), sendo que, também, altos níveis de escolaridade já foram associados a um maior comprometimento (Joiner & Bakalis, 2006, Tejos-Saldiva 2006), resultado explicado pelos autores como devido a incentivos organizacionais. Ainda, associação positiva entre os níveis de comprometimento e o tempo de serviço (Bastos 1993, Xavier 2005, Fagundes 2011) e, contrapondo, associações negativas entre o tempo de serviço e níveis de comprometimento (Salgado 2008, Santos 2010, Aquino 2010), maior comprometimento associado ao maior nível ocupacional do trabalhador (Bastos 1993) e a não identificação de diferenças significativas entre o tipo de vínculo com o comprometimento (Alves 2011).

As diferenças encontradas nos aspectos do comprometimento organizacional dos trabalhadores na amostra estudada ocorreram de formas diversas, consistentes e às vezes inconsistentes com resultados de estudos anteriores desenvolvidos na área da saúde, apontando para a necessidade de melhores investigações sobre as variáveis que podem refletir no nível de comprometimento organizacional dos trabalhadores da VISAM, tais como as características do trabalho e da amostra ou dos aspectos organizacionais desse setor de saúde. No entanto, foi possível perceber que os participantes do estudo não esperam muito da VISAM, não sentem obrigação de permanecer e admitem que a instituição não precisa dar-lhes maiores oportunidades, demonstrando uma certa apatia e contentando-se com o pouco que lhes é oferecido até que encontrem outra oportunidade de trabalho. Enquanto isso não acontece, eles se comprometem para alcançar bons resultados em termos de obrigação pelo desempenho.

Os resultados das avaliações adotando a Escala de Avaliação da Gestão de Pessoas e de Processos (EAGPP) encontraram as maiores médias de concordância com o conteúdo dos itens referentes à realização das atividades exclusivamente por servidores do quadro, o uso de documento de identificação pelos fiscais, o registro das atividades de fiscalização e o treinamento realizado que resulta em melhoria do desempenho das tarefas. Houve uma tendência para discordar dos itens que se referiam à aplicação dos recursos oriundos das taxas de vigilância e fiscalização e aspectos relacionados à remuneração dos fiscais. Esses resultados apontam para uma gestão de pessoas e processos na amostra estudada que ocorre de maneira mais eficaz para o desenvolvimento das atividades do serviço, na percepção dos trabalhadores. Resultados de estudos na área que se assemelham aos evidenciados neste estudo apontaram

igualmente a dificuldade no uso dos recursos financeiros (Garibotti et al. 2006, Juliano & Assis 2004, Marangon et al. 2009, Michaloski 2008) e a gratificação insuficiente dos profissionais (Leal & Teixeira 2009).

Nas análises da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), a organização do trabalho e as condições de trabalho das VISAM estudadas foram apontadas como críticas, uma situação de limite e que potencializa o mal-estar no trabalho e risco de adoecimento, sinalizando estado de alerta que exige providências imediatas em curto e médio prazos. As relações socioprofissionais encontram-se no limite entre a avaliação crítica e satisfatória, revelando-se próximas de um resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho. Estes resultados são compatíveis com outros encontrados em estudos na área da saúde em que a organização do trabalho revelou riscos severos à saúde (Campos & David 2011, Shimizu 2011) e condições de trabalho críticas (Shimizu 2011). Contrapondo-os, outros encontraram condições de trabalho com baixo risco de adoecimento profissional (Campos & David 2011), relações socioprofissionais com riscos moderados (Campos & David 2011) ou graves para a saúde no contexto do trabalho dos profissionais da estratégia da saúde da família (Shimizu 2011).

Os resultados deste estudo, pertinentes ao contexto de trabalho, apontam para a necessidade urgente da realização de melhorias na forma de organização e nas condições de trabalho da VISAM estudadas, de forma que as debilidades existentes não interfiram nos resultados do desempenho do setor.

Sobre os resultados obtidos com a medida do estilo de liderança (Inventário LICASO), as maiores médias foram encontradas nos fatores Confiança nos seguidores, Autoconfiança e determinação, Modelagem de papel e Integridade, todos componentes da subescala Liderança Carismática. Isso significa que os gestores da VISAM de Goiás, na amostra estudada, no exercício da liderança, manifestam em seus seguidores a capacidade de provocar resultados e criar confiança; confiam em si mesmos, se autoapreciam e têm convicção quanto ao caminho a seguir, sendo assertivos e determinados; expressam um conjunto de crenças, através do exemplo pessoal, que desejam que seus seguidores adotem; e possuem integridade composta por seus valores, crenças, retidão e coerência em agir da mesma forma que acreditam, ou seja, seguem um código moral bem definido. No entanto, deixam a desejar nos aspectos pertinentes ao Estímulo Intelectual, com a menor média obtida neste estudo, no sentido de que esses mesmos líderes não lançam mão do treinamento, aperfeiçoamento e o estímulo às



ideias inovadoras para a solução de problemas e obtenção de uma equipe mais eficaz. Esses resultados são compatíveis com outros estudos que encontraram as melhores médias em confiança nos seguidores (Cristaldo 2002), autoconfiança e determinação (Cristaldo 2002, Pinto 2005), e integridade (Carvalho 2002, Pinto 2002).

Nas análises das correlações entre o contexto de trabalho e a liderança, todos os resultados mostraram coeficientes significativos. Os escores obtidos pelos fiscais nas subescalas condições de trabalho e relações socioprofissionais, quando correlacionados com os escores da escala de gestão, indicam que quanto melhores as avaliações das primeiras, melhores os resultados das avaliações da gestão de pessoas e processos. A associação encontrada entre piores avaliações da organização do trabalho e melhores resultados da gestão pode indicar que os trabalhadores da VISAM não preferem um ambiente de trabalho organizado, o que merece investigações. Esses resultados podem estar associados ao fato de que a organização do trabalho padroniza procedimentos, estabelece normas, regras e regulamentos, cronogramas e padrões de resultados que podem ser associados, pelos trabalhadores, como tarefas repetitivas, pressão por resultados e fiscalização de desempenho, conforme sugerem outros estudos (Shimizu 2011, Campos & David 2011). Nas análises do inventário LICASO, as correlações positivas mostraram que, quanto mais forte a liderança carismática e instrumental, melhor foi avaliado o desempenho da gestão da VISAM.

Através das análises de regressão múltipla verificou-se que o contexto de trabalho explica 18% da variância da qualidade da gestão de pessoas e processos, a liderança carismática explica 13% e a liderança instrumental 15%. Quando entraram todas as variáveis na análise, os principais preditores dos resultados da gestão de pessoas e processos foram o contexto de trabalho (Condições de trabalho, Organização do trabalho e Relações socioprofissionais) e três fatores de liderança (Autoconfiança e determinação, Orientação ao desempenho e Compartilhar o poder) que, juntos, explicaram 20% da variância. Isto significa que empreender esforços no sentido de alcançar melhorias nos aspectos das condições e organização do trabalho, das relações socioprofissionais e a adoção de líderes com fatores da liderança carismática podem resultar em melhorias nos resultados da gestão de pessoas e de processos no âmbito da VISAM.

Os resultados obtidos com a análise comparativa (ANOVA) entre os coeficientes de detecção média anual das doenças ou agravos elegíveis para fazerem parte do estudo em cada opção de resposta do questionário CT, que avaliou as ações

para a estruturação e fortalecimento da gestão e as ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário, mostraram que 21 das 40 questões do instrumento CT foram capazes de discriminar as respostas dos gestores em pelo menos uma doença.

No entanto, essas associações mostraram-se intrigantes, ora positivas e ora negativas, entre os coeficientes de detecção de diversas doenças e agravos e os aspectos organizacionais da VISAM, bem como com os indicadores socioeconômicos municipais. As associações encontradas entre maiores taxas de determinadas doenças ou agravos e as melhores médias obtidas nas avaliações realizadas pelos gestores e fiscais da VISAM e os melhores indicadores socioeconômicos municipais sugerem que nestes municípios ocorrem menores índices de subnotificação das doenças de notificação compulsória. Sendo assim, esta situação indica que uma melhor estruturação dos serviços de saúde, não só no âmbito da vigilância sanitária, mas de maneira geral, resulta na aproximação da realidade da situação de saúde das populações em termos de melhoria no acesso aos serviços e na qualidade do atendimento. Além disso, nos municípios em que se desvendaram maiores carências estruturais e organizacionais seriam os locais onde as doenças e os agravos ocorrem, mas que não são notificados e, possivelmente, sequer tratados. Isso pode também ocorrer na grande maioria dos municípios goianos onde existem menos de três servidores atuando na VISAM e cujo conhecimento sobre a forma como a VISAM se encontra estruturada ainda carece de mais estudos.

O fato de maior frequência de fiscalizações realizadas pelos fiscais da VISAM não possuir associações valores mais baixos do coeficiente de notificação das doenças ou agravos estudados pode estar atrelado a fatores outros, como as pressões políticas sofridas pela área (CONASS 2007) ou a falta de recursos humanos concursados que acarretam a persistência de indicações políticas para os cargos e funções desse setor (Paim & Teixeira 2007). Isso faz com que as ações realizadas pelos profissionais não resultem em efeitos efetivos na prevenção e proteção dos riscos sanitários aos quais a população se encontra exposta, pelo não prosseguimento dos processos que carecem ser instituídos, o que também pode constituir-se em linha de investigação futura.

Ainda como linha de investigações futuras, sugere-se avançar na construção e adequação das escalas elaboradas e validadas para a medida das variáveis deste estudo, a fim de que o setor possa dispor de instrumentos para uso no cotidiano das suas ações; investigar outros fatores que possam estar associados às condições precárias

de trabalho e da organização do trabalho, como uma possível associação com a capacitação, qualificação, vínculo e rotatividade dos recursos humanos, bem como uma associação da estruturação de outras áreas públicas do município em comparação com as da VISAM, de forma a saber onde estas carências são mais acentuadas e quais os fatores associados; investigar as associações do construto comprometimento organizacional com as diversas variáveis pessoais que são propensas a desenvolver, interagir e mudar com o tempo, carecendo de estudos longitudinais para distinguir a natureza e dinâmica dessas relações nas várias fases da carreira dos profissionais, assim como se as características do trabalho da VISAM interferem positiva ou negativamente no comprometimento dos trabalhadores; a influência dos comportamentos dos líderes, dos processos grupais e das características organizacionais da VISAM sobre o comprometimento organizacional; e os fatores externos, como as condições econômicas e as obrigações familiares, e suas interações no comprometimento organizacional.

As associações significativas e positivas identificadas entre as Intoxicações Exógenas com o aumento da frequência das atividades de fiscalização e com os indicadores socioeconômicos IDHM e IDHM Renda; as associações positivas das Meningites e da Malária com diversos índices socioeconômicos, bem como a associação negativa dessas mesmas doenças com a taxa de mortalidade infantil são propostas para estudos futuros com vistas a elucidar tais achados. A associação entre maiores taxas das Meningites e da Malária e menores índices de mortalidade infantil é mais um indicador de que as doenças quando diagnosticadas e tratadas adequadamente diminuem a taxa de mortalidade, evidenciando as debilidades dos sistemas de notificação de doenças e agravos ou a incompetência dos serviços de saúde no atendimento à população afetada. Essa subnotificação, presumida, pode estar refletindo, também, outras questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde pela população de baixa renda e de baixa escolaridade, sendo estas dificuldades de toda ordem, como a ignorância sobre a saúde, busca tardia de diagnóstico, barreiras físicas e psicológicas para acesso aos cuidados médicos (Dela Coleta 1995).

As relações da Leishmaniose Tegumentar Americana com as questões associadas ao desenvolvimento de atividades econômicas que interferem no equilíbrio ambiental e da Leishmaniose Visceral com aspectos ambientais resultantes da ocupação urbana e condições sanitárias também são importantes fontes de estudos futuros com vistas a identificar se estes são determinantes da incidência dessas doenças em Goiás.

As causas da ocorrência da Malária que se encontram associadas às áreas rurais, às questões ambientais e sua endemicidade ocorre na Região Amazônica. Mais de 80% dos casos identificados em outras regiões brasileiras são importados da área endêmica, do continente africano ou do Paraguai (MS/SVS/DVE 2009). Os casos confirmados de Malária nos municípios estudados podem estar associados a essas formas da doença, revelando a importância da instituição de ações efetivas de vigilância voltadas para viajantes e a população em geral, o que carece maiores investigações. A Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás precisa instituir medidas que resultem em monitoramento efetivo sobre as origens dos casos de Malária confirmados no Estado, já que, por não se tratar de área endêmica, esta doença pode ser negligenciada.

Por outro lado, as diferenças encontradas entre as taxas médias de notificação de algumas doenças nas distintas micro e macrorregiões de Goiás constituem problemas de investigação de interesse epidemiológico, que podem estar relacionadas aos resultados do desempenho dos fiscais e com os indicadores de saúde, assim como o problema da subnotificação e da confiabilidade dos registros sobre saúde pública.

Como limitações deste estudo encontram-se os dados extraídos dos sistemas oficiais de notificação que podem ter afetado os resultados, conforme relatado por Teixeira et al. (2003), Resendes et al. (2010) e Sanches (1993); a inexistência de dados mais atualizados de alguns indicadores socioeconômicos dos municípios, como no caso daqueles pertinentes às condições sanitárias (ligação e extensão de água e de esgoto), cujas informações não se encontravam disponíveis para uma boa parte deles; e outros indicadores que são datados do ano de 2000, que podem ter mascarado os resultados em função do tempo decorrido entre a produção das informações confrontadas, que podem não mais representar a realidade local dos municípios estudados.

Deve-se considerar, ainda, a limitação do estudo restrito às VISAM de municípios goianos, além do fato de supostamente serem as melhores estruturadas em face do critério de inclusão. Entretanto, os 53 municípios estudados abarcam 75,5% da população do Estado de Goiás, havendo representatividade de grandes e pequenas cidades. Cinco municípios componentes da amostra possuíam menos de 10 mil habitantes e dentre os 20 maiores municípios goianos apenas um não foi incluído no estudo por não possuir mais de três fiscais atuando na VISAM no período da coleta dos dados.

A realidade desvendada pode não representar aquela existente em outros municípios goianos ou brasileiros. De fato, grande parte do total dos municípios goianos, que não foi investigada, possuía somente dois, um ou nenhum fiscal atuando na VISAM que não foram estudadas. As duas Regionais de Saúde que não contavam com mais de três servidores atuando na vigilância sanitária totalizaram 20 municípios, evidenciando a existência de desigualdades regionais no âmbito do Estado.

Estas desigualdades na forma como o sistema de saúde se organiza no âmbito municipal apontam para a necessidade da implementação de ações que resultem na organização da saúde de forma integral, em seus diversos componentes, que inclui a vigilância sanitária, para resultar no equilíbrio entre os critérios políticos, culturais, técnicos e territoriais, articulados ao conceito de redes de atenção à saúde e contemplando as complexas inter-relações entre escala, escopo, qualidade, acesso e geopolítico (MS/SE/DAGD 2009).

Os resultados apresentados neste estudo são promissores, havendo muitas outras possibilidades de análises a partir dos dados coletados e suas diversas intercorrelações.

A consolidação dos principais resultados encontrados neste estudo frente aos objetivos propostos encontra-se descrita, de forma resumida, no anexo 6.

## 7. CONCLUSÕES

A vigilância sanitária, nos municípios goianos estudados, encontra-se inserida em um contexto complexo de carências organizacionais, funcionais e estruturais que resultam em condições de trabalho, organização do trabalho e relações socioprofissionais que potencializam o mal-estar no trabalho e causam risco de adoecimento profissional, podendo afetar os resultados das suas ações. As necessidades de suprimento de recursos básicos para o funcionamento desse setor de saúde impedem o avanço em seus processos de planejamento e avaliação dos resultados da sua atuação e fazem com que atividades básicas do seu cotidiano deixem de ser realizadas.

Mesmo assim, o estudo encontrou profissionais comprometidos com o alcance de melhores desempenhos, assim como líderes que, exercendo suas características carismáticas, conseguem obter dos seus seguidores adesão ao desenvolvimento das ações, mesmo que não lancem mão do treinamento, aperfeiçoamento e estímulo às ideias inovadoras para a solução de problemas e obtenção de uma equipe eficaz.

Os aspectos estruturais da VISAM evidenciam o caráter de “abandono” que este setor de saúde se encontra no âmbito das ações públicas municipais na amostra estudada. Foi identificado, com poucas exceções, na maioria dos municípios visitados por ocasião da coleta de campo, que estas áreas se encontravam inseridas em locais escondidos dentro das estruturas física e organizacional das secretarias municipais de saúde; não existiam preocupações dos gestores com o suprimento de recursos humanos por meio de concurso público e, muito menos, com a indicação de servidores para o preenchimento dos cargos em comissão com as competências exigidas para o exercício da função de vigilância sanitária. Muitas das capacitações realizadas pelos servidores eram resultantes dos seus próprios esforços, inexistindo quaisquer programas voltados para o atendimento dessas carências. Alguns dos espaços físicos visitados não resistiriam a uma inspeção sanitária, conforme constatado por ocasião da coleta de campo e, também, salientado informalmente por diversos dos servidores do setor.

Outro fator que também pode contribuir para a situação deficitária encontrada se refere às mudanças nos quadros dos profissionais comissionados que ocorrem, pelo menos, a cada quatro anos, resultando que as pessoas ocupantes dos cargos de gestão não se envolvam com projetos de longo prazo, como na formação de lideranças, atendo-se a projetos que apresentem resultados mais imediatos.

Por mais que a criação do SUS tenha contribuído para a melhoria das condições de saúde da população, muitas carências ainda são identificadas na área da vigilância sanitária, esta área que continua pouco conhecida da população e até mesmo dentro do próprio sistema de saúde municipal. Sua atuação é quase sempre restrita à ação fiscalizatória, sendo que, em Goiás, uma grande parte dos municípios avaliados não possui sequer esta atividade como ação básica no seu cotidiano de atuação. Persiste a incompreensão pelos gestores da importância da vigilância sanitária no processo de melhoria das condições de saúde da população e como ferramenta de identificação dos possíveis riscos e agravos à saúde que fazem parte do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

A despeito das inúmeras diversidades no seu contexto organizacional, é importante que os gestores públicos atentem para a importância dos recursos humanos como diferencial na implementação das políticas instituídas no âmbito do SUS e estabeleçam ações que priorizem o desenvolvimento e permanência desses recursos no âmbito dessas instituições. O comprometimento dos trabalhadores da vigilância sanitária municipal, evidenciado em algumas dimensões na amostra estudada, serve de exemplo no sentido de que, mesmo diante das adversidades enfrentadas pelo setor, uma boa parte dos profissionais se compromete com as políticas, objetivos e metas institucionais direcionando-os para a adoção de comportamentos e atitudes que resultem no cumprimento do seu papel de atender às necessidades dos cidadãos com eficiência. Talvez se devam, também, ao fato de o trabalho da VISAM se constituir em algo complexo e desafiador, o que produz níveis elevados de comprometimento, como encontrado na revisão de Mathieu e Zajac (1990).

Mesmo com as poucas associações identificadas entre os menores índices do coeficiente de detecção médio anual de diversas das doenças ou agravos estudados e melhor qualidade da forma como o trabalho da VISAM se encontra estruturado e organizado, este estudo possibilitou mostrar, de uma maneira diferente, a importância da vigilância sanitária como componente do SUS. Foi possível demonstrar que as ações da vigilância sanitária são capazes de contribuir para a promoção da equidade em saúde, desde que este setor esteja munido de estruturação adequada que possibilite o exercício efetivo do seu papel. De fato, esses resultados poderiam ser bem mais consistentes, se as associações identificadas mostrassem inequivocamente que melhores resultados do desempenho da vigilância sanitária possuem um efeito direto na melhoria dos coeficientes médios de notificação de doenças e agravos de notificação compulsórios,

no sentido esperado. Para isso, as notificações das doenças ou agravos deveriam representar a realidade vivida pela população goiana; o acesso aos serviços públicos de saúde deveria ser garantido de forma universal e integral; o tratamento das pessoas afetadas deveria ocorrer eficientemente; e, por conseguinte, as notificações nos sistemas públicos deveriam ocorrer de forma ágil.

Há de se considerar, ainda, que este estudo avança ao apontar que fatores relacionados ao contexto de trabalho, ao comprometimento organizacional e à liderança constituem-se em importantes componentes influenciadores dos resultados de desempenho institucionais da VISAM e que investimentos nestes aspectos podem resultar na melhoria da qualidade da saúde para toda a população e consequente redução das desigualdades sociais que fazem parte dos objetivos do fundamental direito à saúde para todo ser humano, tal como postulado pela Organização Mundial de Saúde (Koh & Nowinski 2010).

A Vigilância Sanitária é um serviço relevante na composição das redes de atenção à saúde e, pelas carências que possui, necessita de ações voltadas à melhoria das condições de funcionamento, o que envolve o aporte de recursos de todas as formas e em especial de recursos humanos que são os indutores das políticas públicas para a melhoria da qualidade da saúde da população. Ao ser realizado no cotidiano do trabalho dos profissionais que exercem as ações de fiscalização na vigilância sanitária, o estudo contribui por trazer resultados inéditos neste contexto pouco conhecido, permitindo obter um perfil destes trabalhadores, que se mostrou bem diversificado e relacionado aos vínculos que eles têm com o trabalho que desenvolvem. Os achados podem ser utilizados nos processos de planejamento e de tomada de decisão na área de recursos humanos, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de novos estudos na área.

Espera-se que os gestores públicos, nas três esferas de governo, ampliem seus esforços com vistas a garantir recursos estruturais de funcionamento da vigilância sanitária, de forma que o trabalho se organize para atuar nos diversos momentos da cadeia produtiva adotando os conceitos de interdependência e intercomplementaridade como princípios estruturantes das práticas de controle sanitário, por meio da instituição de condições de trabalho adequadas, organização do trabalho que atenda às reais demandas do seu campo de atuação, da promoção de relações socioprofissionais que permitam que seus integrantes exerçam efetivamente suas funções, e de recursos humanos e de lideranças comprometidos em todas as suas dimensões.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Priscila Castro. *Impacto das percepções de suporte organizacional e Social no trabalho sobre o bem-estar no trabalho da enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2011.
- Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Backes VMS, Milbrath VM, Trindade LL 2009. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)* 30: 617-624.
- Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Trindade LL, Backes VMS 2010(a). Processo de formação de enfermeiros líderes. *Revista Brasileira de Enfermagem* 63: 940-945.
- Amestoy SC, Trindade LL, Waterkemper R, Heidman ITS, Boehs AE, Backes VMS 210(b). Liderança dialógica nas instituições hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem* 63: 844-847.
- Andrade ANM, Albuquerque MAC, Andrade ANM 2011. Assessment of the Stress Level of Anesthesiologists of the Sergipe Anesthesiologists Cooperative. *Brazilian Journal of Anesthesiology* 61(4): 486-494.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2004. *Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária 2004*. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo\\_2004/historico/historico.htm](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/historico.htm), acessado em: 28 set. 2012.
- Aquino CV 2010. *Comprometimento organizacional pós-aquisição: estudo de caso de uma empresa no setor alimentício*, Dissertação Mestrado, Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 98 pp.
- Azevedo CS 2002. Liderança e processos intersubjetivos em organizações de saúde. *Cien Saude Colet* 7(2): 349-361.
- Bahia L, Costa NR, Stralen CVan 2007. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Cienc Saude Colet* 12(supl.): 1791-1818.
- Bandeira ML, Marques AL, Veiga RT 2000. As Dimensões Múltiplas do Comprometimento Organizacional: um Estudo na ECT/MG. *Revista de Administração Contemporânea* 4(2): 133-157.
- Barbosa AO, Costa EA 2010. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Cien Saude Colet* 15(7): 3361-3370.
- Barreto ML, Carmo EH 2000. *Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. Texto elaborado como subsídio aos debates da XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Dez. 2000. Disponível em: <http://www.gices-sc.org/SubteCNSDetermina.html>, acessado em 01/05/2012.
- Barreto ML, Carmo EH 2007. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet* 12(Sup.): 1779-1790.
- Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC 2011. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011 published online May 9. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60202-X.

- Barroso DE, Carvalho DM, Nogueira AS, Solari CA 1998. Doença meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. *Rev Saude Publica* 32(1): 89-97.
- Basso K, Antoni VL 2009. Componente do comprometimento organizacional no setor público. *Pretexto* 10(2): 9-26.
- Bastos AA, Costa EA, Castro LLC 2011. Fatores facilitadores e dificuldades no exercício da vigilância sanitária de farmácias em Salvador-Bahia. *Cienc Saude Colet* 16(9): 3863-3872.
- Bastos AVB 1993. Comprometimento organizacional: um balanço dos resultados e desafios que cercam essa tradição de pesquisa. *Revista de Administração de Empresas* 33(3): 52-64.
- Bastos AVB 1994. *Comprometimento no trabalho: a estrutura de vínculos do trabalhador com a organização, a carreira e o sindicato*, Tese Doutorado, Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília, Brasília, 314 pp.
- Bastos AVB, Brandão MGA, Pinho APM 1997. Comprometimento organizacional: uma análise do conceito expresso por servidores universitários no cotidiano de trabalho. *Revista de Administração Contemporânea* 1(2): 97-120.
- Bastos AVB, Siqueira MMM, Medeiros CAF, Menezes IG 2008. Comprometimento organizacional. In MMM Siqueira (Org.). *Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*, Artmed, Porto Alegre, p.49-95.
- Battessini M 2008. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal*, Tese Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 210 pp.
- Bedell-Avers KE, Hunter ST, Mumford MD 2008. Conditions of problem-solving and the performance of charismatic, ideological, and pragmatic leaders: A comparative experimental study. *The Leadership Quarterly* 19(1): 89-106.
- Blegen NE, Severinsson E 2011. Leadership and management in mental health nursing. *Journal of nursing management* 19(4): 487-497.
- Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM 2010. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev Saude Publica* 44(2): 318-24.
- Bowditch J.L, Buono AF 1992. *Elementos de comportamento organizacional*. Tradução JH Lamendorf, Pioneira, São Paulo, 306 pp.
- Bowditch JL, Buono AF 2006. *Fundamentos de comportamento organizacional*. Tradução LHB Machado, revisão técnica AEVM Passos. LTC, Rio de Janeiro, 356 pp.
- Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP 2010. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Cienc Saude Colet* 15: 1585-1596.
- Brasil 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n 1/92 a 44/2004 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n° 1 a 6/94. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, Brasília, 2004.
- Brasil 1990. *Lei n°. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, Brasília (DF), Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

Campos JF, David HSL 2011. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Rev Esc Enferm USP* 45(2): 362-368.

Campos JGF, Tavares BP, Prestes J, Leite NRP 2009. Comprometimento organizacional no setor público: estudo de caso de uma faculdade da Universidade de São Paulo (USP). In XII SEMEAD EMPREENDEDORISMO E INOVAÇÃO, *Anais eletrônicos*, São Paulo: USP, 2009. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/970.pdf>, acessado em: 1º jun. 2012.

Campos SAP 2011. *Suporte no trabalho, suporte organizacional e comprometimento organizacional: um estudo com professores da rede municipal de ensino*, Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 171 pp.

Cardoso AMM 2010. Estrutura da Vigilância Sanitária e Ambiental. Palestra proferida na Organização Panamericana de Saúde. *Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás*. Arquivo disponibilizado em 18/10/2010.

Caruana E 2008. Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Journal of Advanced Nursing* 62(6): 653-654.

Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC 2012. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet* 17(4): 901-911.

Carvalho CN, Dourado I, Bierrenbach AL 2011. Subnotificação da comorbidade tuberculose e aids: uma aplicação do método de linkage. *Rev Saude Publica* 45(3):48-55.

Carvalho RMF 2002. *Características e comportamentos da liderança carismática em diversos setores de uma indústria de cosméticos*, Dissertação Mestrado, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Minas Gerais.

Cavalcante CE, Oliveira JA, Medeiros CAF, Souza WJ, Moreira Neto JA 2011. No trabalho voluntário: estudo das relações entre comprometimento organizacional e desenho do trabalho em ONGs. *Revista Estudos do CEPE* 33: 206-230.

Cohen MM 2009. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Rev Saude Colet* 19(3): 867-901.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde 2007. *Vigilância em Saúde*, Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II, CONASS, Brasília, 132 pp.

Contandriopoulos AP 2006. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 11(3): 705-711.

Contresas F, Juárez F, Barbosa D, Uribe A 2010. Estilos de liderazgo, riesgo psicosocial y clima organizacional en un grupo de empresas colombianas. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar Nueva Granada* 18(2): 7-17.

Cortina JM 1993. What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology* 78(1): 98-104.

Costa CHN, Tapety CMM, Werneck GL 2007. Controle da leishmaniose visceral em meio urbano: estudo de intervenção randomizado fatorial. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 40(4): 415-419.

- Costa EA 2000. Conceitos e áreas de abrangência. In: Rozenfeld S, organizadores, *Fundamentos da Vigilância Sanitária*, Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 41-48.
- Costa EA 2004. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2ª ed. aumentada. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, São Paulo, 496 pp.
- Costa EA 2012. Vigilância sanitária e proteção da saúde. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/artigos.asp>, acessado em: 26 out. 2012.
- Cristaldo LM 2002. *Estilo de Liderança em Empresas de Ituiutaba e Região*, Dissertação Mestrado, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Minas Gerais.
- Cury SRR 1999. *Focalizando a liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma*, Tese Doutorado, Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 157 pp.
- Danna K, Griffin RW 1999. Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management* 25(3): 357-384.
- David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH 2009. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto & Contexto – Enfermagem* 18(2): 206-214.
- Dela Coleta ASM, Dela Coleta MF 2008. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *Psico-USF* 13: 59-68.
- Dela Coleta JA, Dela Coleta MF 1998. Características del liderazgo em Brazil: hallazgos del Proyecto GLOBE. In Encontro Venezolano sobre Motivación, Mérida. *Memórias Evemo VII*, ROGYA, Mérida, C. A., p. 121-125.
- Dela Coleta MF 1995. O modelo de Crenças em Saúde: uma aplicação à prevenção e controle da doença cardiovascular. Tese Doutorado, Universidade de Brasília/Instituto de Psicologia, Brasília, 334 pp.
- Dickson G 2009. Transformations in Canadian health systems leadership: an analytical perspective. *Leadership in Health Services* 22(4): 292-305.
- Donabedian A 1984. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. La Prensa Médica Mexicana, México, 194 pp.
- Eduardo MBP 1998. *Vigilância Sanitária*. Série Saúde & Cidadania, v.8. Colaboração ICS Miranda. Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo São Paulo, 461 pp.
- Façanha MC, Pinheiro AC, Lima JRC, Ferreira MLLT, Teixeira GFD, Rouquayrol MZ 2006. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza – Ceará, Brasil. *An Bras Dermatol* 81(4): 329-33.
- Fagundes DA 2011. *Comprometimento organizacional: diagnóstico em organizações nacionais*, Monografia Bacharelado, Universidade de Brasília, Brasília, 101 pp.
- Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM 2009. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cad Saude Publica* 25: 2201-2217.
- Ferreira CT, Silveira TR 2004. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 7: 473-487.

- Ferreira MC, Mendes AMB 2008. Contexto de trabalho. In MMM Siqueira (Org.), A Tamayo et al. *Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*, Artmed, Porto Alegre, p. 111-123.
- Fiszon JT, Bochner R 2008. Subnotificação de acidentes por animais peçonhentos registrados pelo SINAN no Estado do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2005. *Rev Bras Epidemiol* 11(1): 114-27.
- Flauzino DP, Borges-Andrade JE 2008. Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais. *Revista de Administração Pública* 42(2): 253-273.
- Furtado LCR, Batista MGC, Silva FJF 2011. Leadership and job satisfaction among Azorean hospital nurses: an application of the situational leadership model. *Journal of Nursing Management* 19: 1047-1057.
- García IG, Santa-Bárbara ES 2009. Relação entre estilos de liderança e base de poder das enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 17(3): 295-301.
- Garcia LP, Hofelmann DA, Facchini LA 2010. Auto-avaliação de saúde e condições de trabalho entre trabalhadores de centros de atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 26(5) : 971-980.
- Garibotti V, Hennington EA, Selli L 2006. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad Saude Publica* 22(5): 1043-1051.
- Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ 2009. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & Contexto Enfermagem* 18(2): 266-272.
- Goiás 2007. *Lei nº 16.140 de 02 de outubro de 2007*. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, regulamentação, fiscalização e o controle dos serviços correspondentes. Goiânia (GO), *Diário Oficial do Estado*, 5 out. 2007.
- Gomes AR, Cruz J 2007. Abordagem carismática e transformacional: modelos conceituais e contributos para o exercício da liderança. *Psicol USP* 18(3): 143-161.
- Graça AM, Passos AM 2010. Os efeitos da liderança nos processos e desempenho das equipas: uma abordagem longitudinal. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de fevereiro de 2010.
- Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP 1999. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Intern J Epidemiology* 28: 10-18.
- Halla ALP 2010. *Quais as bases do comprometimento dos indivíduos da Geração Y em uma empresa do setor privado no Brasil?* Dissertação Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 64 pp.
- Holleben T 2012. *Relação entre comprometimento organizacional e felicidade em funcionários de uma rede hoteleira do Rio Grande do Sul*. Monografia Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 72 pp.
- House RJ 1977. A 1976 theory of charismatic leadership. In JG Hunt, LL Larson (Eds.), *Leadership: The cutting edge*, Southern Illinois University Press, Carbondale, p.189-207.

- House RJ, Delbecq HA, Taria EB 1997. Socialized leadership charismatic constructs, Universidade de Wharton, Pensilvenia (mimeo).
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2011. [home page na internet] *Censo 2010*. Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat), acessado em 22/08/2011.
- Joiner TA, Bakalis S 2006. The Antecedents of Organizational Commitment: The Case of Australian Casual Academics. *International Journal of Educational Management* 2(6): 439-452.
- Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP 2007. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem* 16: 417-425.
- Juliano IA, Assis MMA 2004. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Cien Saude Colet* 9(2): 493-505.
- Kets de Vries M 1997. Liderança na empresa: como o comportamento dos líderes afeta a cultura interna. Atlas, São Paulo, 215 pp.
- Koh HC, Nowinski JM 2010. Health equity and public health leadership. *American Journal of Public Health* 100(S1): S9-S1.
- Kuabara PSS, Sachuk MI 2010. Estudo do comprometimento organizacional na PEM – Penitenciária Estadual de Maringá. *Qualit@s Revista Eletrônica* ISSN 1677 4280, 9(3): 1-16.
- Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP 2009. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Revista Eletronica de Enfermagem* 11(3): p.539-544.
- Leal COBS, Teixeira CF 2009. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador-BA, Brasil. *Interface Comun Saude Educ* 13(30): 167-179.
- Leal RMA, Bandeira MB, Azevedo KRN 2012. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: teoria e prática* 14(1): 15-25.
- Levin J 1987. *Estatística aplicada às ciências humanas*. 2ª ed., Harbra, São Paulo, 392 pp.
- Lima Júnior J, Alchieri JC, Maia EMC 2009. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 43: 670-676.
- Limongi-França AC, Arellano EB 2002. Liderança, poder e comportamento organizacional. In MTL Fleury, *As Pessoas nas organizações*, Editora Gente Livraria e Edit LTDA, São Paulo, p. 259-270.
- Lucchese G 2010. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. *Cienc Saude Colet* 15(Supl.2): 3020-3026.
- Magalhães MCC, Freitas RM 2001. Apontamentos para a discussão da vigilância sanitária no modelo de vigilância à saúde. In: FE Campos, GAF Werneck, LM Tonon organizadores, *Vigilância Sanitária (Cadernos de Saúde; 4)*, Coopmed, Belo Horizonte, p. 29-37.

- Maia-Elkhoury ANS, Carmo EH, Sousa-Gomes ML, Mota E 2007. Análise dos registros de leishmaniose visceral pelo método de captura-recaptura. *Rev Saude Publica* 41(6): 931-937.
- Marangon MS, Scatena JHG, Costa EA 2009. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). *Rev Adm Publica* 43: 457-479.
- Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T 2010. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44: 956-961.
- Martins JT, Robazzi MLCC, Plath GA 2007. Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital-escola. *Ciencia y Enfermeria* 13: 25-33.
- Mathieu JE, Zajac DM 1990. A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin* 2: 171-194.
- Matos E, Pires D 2006. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 15(3): 508-514.
- Matos E, Pires DEP, Campos GWS 2009. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 62: 863-869.
- Medeiros CAF 2003. *Comprometimento organizacional: um estudo de suas relações com características organizacionais e desempenho nas empresas hoteleiras*, Tese Doutorado, Faculdade de Economia e Administração/Universidade de São Paulo, São Paulo, 166 pp.
- Medeiros CAF, Albuquerque LG, Marques GM, Siqueira M 2005. Um estudo exploratório dos múltiplos componentes do comprometimento organizacional. *Revista Eletrônica de Administração* 11(1): 1-22.
- Medeiros CAF, Enders WT 1998. Validação do Modelo de Conceitualização de Três Componentes do Comprometimento Organizacional (Meyer e Allen, 1991). *Revista de Administração Contemporânea* 2(3): 67-87.
- Medeiros CAF, Enders WT 2002. Comprometimento organizacional e características pessoais: como são os comprometidos e os descomprometidos com a organização. *Revista Eletrônica de Administração* ed. 29, 8(5): 1-23.
- Meyer JP, Allen NJ 1990. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology* 63: 1-18.
- Meyer JP, Allen NJ 1991. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review* 1: 61-89.
- Meyer JP, Allen NJ 1997. *Commitment in the workplace: theory, research and application*. Thousand Oaks, Sage, 160 pp.
- Michaloski LCR 2008. *Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do estado de São Paulo*, Dissertação Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 120 pp.

- Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGCS 2012. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. *Cien Saude Colet* 17(4): 915-920.
- Moreira CS, Barbosa NR, Vieira RCPA, Carvalho MR, Marangon PBS, Carneiro PL, Teixeira Júnior ML 2010. Análise retrospectiva das intoxicações admitidas no hospital universitário da UFJF no período 2000-2004. *Cienc Saude Coletiva* 15(3): 879-888.
- Mottaz CJ 1988. Determinants of organizational commitment. *Human Relations* 41(6): 467- 482.
- Moura GMSS, Magalhães AMM, Dall'agnol CM, Juchem BC, Marona DS 2010. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18: 1099-1106.
- Mowday RT, Porter LW, Steers RM 1979. The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior* 14(12): 224-247.
- Mowday RT, Porter LW, Steers RM 1982. *Employee-Organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism and turnover*. Academic Press, New York, 253 pp.
- MS – Ministério da Saúde 2004. Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 115, p.58-59, 17 jun. 2004, Seção 1.
- MS – Ministério da Saúde 2009. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 245: 65-69, 23 dez. 2009, Seção 1.
- MS – Ministério da Saúde 2010. Anexo I da Portaria nº 1.106 de 12 de maio de 2010. Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 maio 2010.
- MS – Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica 2003. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*, Mimeo, Brasília, 7 pp.
- MS – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde 2005. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasil: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso\\_vigilancia\\_epidemio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemio.pdf). Acesso em 01 set. 2012.
- MS – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde 2009. *Relatório da Reunião para Coordenadores Estaduais do Programa da Raiva*. Brasília, 11 a 15 de maio de 2009, disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_reuniao\\_coordenadoresraiva.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_reuniao_coordenadoresraiva.pdf) acessado em: 26/10/2012.
- MS – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância Epidemiológica 2009. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 7ª ed., Ministério da Saúde, Brasília, 1ª reimpressão 2010. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



- MS – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação de Saúde 2007. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem*, Ministério da Saúde, Brasília, 233 pp.
- MS – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica 2010. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*, 8ª ed. revista, Série B, Textos Básicos de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 448 pp.
- MS – Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada 2009. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*, Série B, Textos Básicos de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 60 pp.
- MS – Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento 2011. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015*, Série B, Textos Básicos de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 114 pp.
- Mumford MD, Antes AL, Caughron JJ, Friedrich TL 2008. Charismatic, ideological, and pragmatic leadership: Multi-level influences on emergence and performance. *The Leadership Quarterly* 19(2): 144-160.
- Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS 2006. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 22(1): 131-140.
- Nogueira AS 2011. *Comprometimento dos oficiais intendentess com a organização comando da aeronáutica*, Dissertação Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 90 pp.
- Novaes HMD 2000. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 34(5): 547-559.
- O'dwyer G, Reis DCS, Silva LLG 2010. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Cien Saude Colet* 15(7): 3351-3360.
- Oliveira Neto FS 2007. *Plano Diretor de Vigilância Sanitária*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. @INTERFACEHS-Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente 2008; 3(2) [acessado 2010 dez 13], Disponível em: <http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/123/139>.
- Paim JS, Costa EA 2008. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: EA Costa (Org.), *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*, EDUFBA, Salvador, p. 61-74.
- Paim JS, Teixeira CF 2007. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cienc Saude Colet* 12(supl.): 1819-1829.
- Paschoal T, Tamayo A 2008. Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica* 7(1): 11-22.
- Pasquali L 1996. *Teoria e Métodos de medida em Ciência do Comportamento*. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida/Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasília, 432 pp.

- Pena LMLM 2009. *Comprometimento de enfermeiros: estudo de caso de um hospital privado em Belo Horizonte*, Dissertação Mestrado, Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 116 pp.
- Pereira JCR 1999. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. EDUSP, São Paulo, 156 pp.
- Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS 2010. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44: 657-664.
- Pinto Júnior H 2005. *Impacto de características pessoais, comprometimento e clima organizacional no desempenho: estudo de caso em uma empresa de tele-atendimento*, Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Uberlândia, 163 pp.
- Pinto MMRA 2002. *Liderança real e idealizada em empresas de médio e grande porte de Uberlândia (MG)*, Dissertação Mestrado, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Minas Gerais.
- Pinto MMRA 2005. *Cultura organizacional e características de liderança em empresas de Uberlândia e região*, Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 226 pp.
- Piovesan MF 2002. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, Dissertação Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 101pp.
- Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont UM, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, Lima LFMoreira 2005. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol* 8: 83-95.
- Rangel FB, Godoi CK 2009. Sintomas Psicossomáticos e a Organização do Trabalho. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios* 11(33): 402-422.
- Reis AC, Santos EM, Cruz MM 2007. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol Serv Saude* 16(3): 195-205.
- Resendes APC, Silveira NAPR, Sabroza PC, Souza-Santos R 2010. Determinação de áreas prioritárias para ações de controle da dengue. *Revista de Sade Publica* 44: 274-282.
- Risi Junior JB, Nogueira RP (coordenadores) 2002. As condições de saúde no Brasil. In J Finkelman (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil* [on line]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 328 pp. ISBN 85-7541-17-2. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.
- Robbins SP 2004. *Fundamentos do comportamento organizacional*. Tradução técnica R Marcondes, Pearson Prentice Hall, São Paulo, 320 pp.
- Rodrigues ACA, Bastos AVB 2010. Problemas conceituais e empíricos na pesquisa sobre comprometimento organizacional: uma análise critica do modelo tridimensional de J. Meyer e N. Allen. *Revista Psicologia: Organização e Trabalho* 10(2): 129-144.
- Sabroza PC, Toledo, LM, Osanai CH. A Organização do espaço e processos endêmicos-epidêmicos. In: MC Leal, PC Sabroza, RH Rodrigues, PM Buss, editores. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, v.2. Hucitec, São Paulo, p.57-77.

Salgado AL 2008. *Comprometimento organizacional e locus de controle em jovens trabalhadores: uma comparação entre participantes e não participantes de um programa social*, Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 157 pp.

Sanches EM, Próspero ENS, Stuker H, Borba Júnior MC 2010. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 12(2): 294-300.

Sanches O 1993. Análise rotineira de dados de vigilância em saúde pública: que procedimentos estatísticos utilizar? *Rev Saude Publica* 27(4): 300-304.

Sancho LG, Dain S 2012. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Cien Saude Colet* 17(3): 765-774.

Santos FRS 2010. *As bases do comprometimento organizacional expressas por servidores de um órgão do poder judiciário*, Monografia Bacharelado, Universidade de Brasília, Brasília, 57 pp.

Santos I, Castro CB 2008. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. *Texto e Contexto Enfermagem* 17(4): 734-742.

Santos TMMG, Silva NC, Nogueira LT, Vilarinho LM, Nunes GBL 2010. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. *Rev Rene* 11(3): 171-179.

Seidl EMF, Melchíades A, Farias V. Brito A 2007. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saude Publica* 23(10): 2305-2316.

SEPLAN – Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Goiás/ Instituto Mauro Borges de Estatística e Estudos Socioeconômicos 2011. *Estatística Municipais*. Disponível em: <http://www.seplan.go.gov.br/sepin/>, acessado em: 27 e 28/07/2011.

SES-GO – Secretaria de Saúde do Estado de Goiás 2010. Modelo Padronizado do Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012 – Instrumento de Monitoramento da Programação Anual das Ações de VISA. *Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás 2010*, arquivo disponibilizado em 18/10/2010.

SES-GO – Secretaria de Saúde do Estado de Goiás/Superintendência de Vigilância em Saúde 2011. *Frequência por Ano da Notificação segundo Agravos Compulsórios. Notificação Individual – SinanNet*. Arquivos disponibilizados em: 22 jul. 2011, 15 ago. 2011, 27set. 2011.

Shimizu HE 2011. O processo de trabalho na estratégia saúde da família suas repercussões no processo saúde-doença. *Cienc Saude Coletiva* [periódico na internet] [Citado em 9 de julho 2012]; [cerca de 15 p.] Está disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

Silva LMV, Formigli VLA 1994. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saude Publica* 10(1): 80-91.

Siqueira MMM, Padovam VAR 2008. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24(2): 201-209.

- Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T 2012. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health policy* 106(1): 37-49.
- Snell AJ, Dickson G 2011. Optimizing health care employees' newly learned leadership behaviors. *Leadership in Health Services* 24(3): 183-195.
- Soares TSM, Latorre MRDO, Laporta GZ, Buzzar MR 2010. Análise espacial e sazonal da leptospirose no município de São Paulo, SP, 1998 a 2006. *Rev Saude Publica* 44: 283-291.
- Sousa AA, Dela Coleta MF 2012. O bem-estar no trabalho de psicólogos em serviços de saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão* 32(2): 404-421.
- Sousa JS 2010. *Comprometimento organizacional: um estudo com professores de uma instituição de ensino superior privada do interior de Minas Gerais*, Dissertação Mestrado, Faculdade Novo Horizontes, Belo Horizonte, 119 pp.
- Souza GS, Costa EA 2010. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Cien Saude Coletiva* 15(Supl.3): 3329-3340.
- Souza JS, Stein AT 2008. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Cien Saude Colet* 13: 2225-2238.
- Stephan C, Henn CA, Donalisio MR 2010. Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. *Rev Saude Publica* 44(5): 812-819.
- Tamayo A, Souza MGS, Vilar LS, Ramos JL, Albernaz JV, Ferreira NP 2001. Prioridades Axiológicas e Comprometimento Organizacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 17(1): 27-35.
- Tanaka OU, Tamaki EM 2012. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc Saude Coletiva* 17(4): 821-828.
- Teixeira MG, Barreto ML, Costa MCN, Ferreira LDA, Vasconcelos P 2003. Dinâmica de circulação do vírus da dengue em uma área metropolitana do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 12(2): 87-97.
- Tejos-Saldivia ME 2006. *A relação causal entre comprometimento e desempenho: um estudo em centros de pesquisa*, Tese Doutorado, Universidade de São Paulo/Instituto de Pesquisa Energéticas e Nucleares, São Paulo, 143 pp.
- Vargas CM, Arauza C, Folsom K, Luna MDR, Gutiérrez L, Frerking PO, Shelton K, Foreman C, Waffle D, Reynolds R, Cooper PJ 2012. A community engagement process for families with children with disabilities: lessons in leadership and policy. *Maternal and child health journal* 16(1): 21-30.
- Veloso RD, Aerts DRGC, Fetzner LO, Dos Anjos CB, Sangiovanni JC 2011. Perfil epidemiológico do atendimento antirrábico humano em Porto Alegre, RS, Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 16(12): 4875-4884.
- Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL 2004. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cienc Saude Coletiva* 9(3): 711-724.

Waldman EA 1998. *Vigilância em Saúde Pública*. Vol. 7, Série Saúde e Cidadania, Colaboração TEC Rosa, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, São Paulo, 255 pp.

Waldman EA, Freitas FRM 2008. A vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária. In: EC Costa (Org.), *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*, EDUFBA, Salvador, p 135-148.

Walter F, Bruch H 2009. An Affective Events Model of Charismatic Leadership Behavior: A Review, Theoretical Integration, and Research Agenda. *Journal of Management* 35: 1428-1452, first published on September 23, 2009 doi: 10.1177/0149206309342468.

Xavier VMC 2005. *Locus de controle, comprometimento organizacional e satisfação no trabalho: um estudo correlacional*, Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 102 pp.

## **ANEXOS**

**Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

**Anexo 2 – Comprovantes de submissão dos artigos**

**Anexo 3 – Tabela de dados consolidados do Total de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Confirmados nos municípios participantes do estudo e no Estado de Goiás – 2006 a 2010.**

**Anexo 4 – Tabela dos dados dos indicadores socioeconômicos segundo o município participante do estudo e Estado de Goiás**

**Anexo 5 – Instrumentos de coleta de dados primários – Coordenadores e Fiscais**

**Anexo 6 – Consolidado dos principais resultados obtidos frente aos objetivos específicos do estudo**

## Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA, PROTOCOLADO NESTE COMITÊ SOB O Nº: 268/10

#### I – Identificação

- Título do projeto: Estrutura, funcionamento, processos de liderança e efetividade das equipes de trabalho de Vigilância Sanitária no Estado de Goiás
- Pesquisador Responsável: Maria Aparecida de Souza Melo
- Orientador (quando necessário): José Cleildo Barreto Bezerra
- Pesquisadores participantes:
- Instituição onde será realizado o estudo: Universidade Estadual de Goiás e Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG
- Data de apresentação ao CEP/UFG: 10/09/2010
- Área Temática: III

Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

#### II – Estrutura do Protocolo (verificação dos documentos solicitados)

Extrato do projeto de pesquisa (modelo CEP); Folha de rosto CONEP para pesquisa envolvendo seres humanos (assinada pelo pesquisador responsável e pela instituição UFG/IPTESP); Carta de anuência da Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado de Goiás; Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Estado de Goiás; Termo de compromisso assinado pelos pesquisadores da equipe e Projeto de pesquisa na íntegra.

#### III – Projeto de pesquisa

- Descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto:

A Vigilância Sanitária é um órgão público, de ação intersetorial, que busca a proteção da saúde da população através de ações técnicas, educacionais, informativas, de pesquisa e de fiscalização que exerce o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia de produção e consumo de produtos de potencial risco à saúde e ao meio ambiente (medicamentos, alimentos e bebidas, resíduos de agrotóxicos, cosméticos e produtos de higiene e perfumaria, saneantes, equipamentos e material odontológico-hospitalares, hemoterápicos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, órgãos e tecidos humanos para transplantes, radioisótopos, radiofármacos, cigarros e produtos obtidos através de engenharia genética). A presente pesquisa objetiva identificar a estrutura, o funcionamento, os processos de liderança e a efetividade das equipes de trabalho de Vigilância Sanitária que atuam em diferentes municípios goianos e assim, promover prevenção e melhoria qualidade da saúde da população goiana.

- Análise das questões éticas (informações relativas aos sujeitos da pesquisa - item 3.5.1 do Protocolo)

Projeto estruturado, exequível e conduzido por pesquisador experiente. Todas as recomendações para preservar a ética na pesquisa foram tomadas nos procedimentos de recrutamento, coleta e análise de dados.

- Descrição clara do desenho e metodologias do projeto (análise da metodologia e sua adequação aos objetivos da pesquisa (item 3.5 do Protocolo);

A fase inicial da pesquisa consta da identificação da estrutura da Vigilância Sanitária em Goiás e definição dos municípios amostrais na qual serão selecionadas coordenações de serviço de ambiente e saúde e que trabalhem ações preventivas de doenças infecto contagiosas e parasitárias humanas, através de indicadores de saúde do Município. Em sequência a coleta de dados ocorrerá em equipes (pré selecionadas na fase 1) de trabalhadores da área de Vigilância Sanitária que atuam em diferentes Municípios no Estado de Goiás, constituídas de, no mínimo, 20 equipes com, no mínimo, 3 componentes/equipe garantindo-se o mínimo de 200 sujeitos pesquisados.

Parâmetros e forma de avaliação: efetividade das equipes de trabalho (indicadores de saúde do Município, dados coletados na Vigilância Sanitária através de entrevista semi estruturada); interdependência das tarefas (através da aplicação da escala EIT); interdependência dos resultados (através da aplicação da escala EIR); potência (através da





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

aplicação da escala desenvolvida por Borba – 2007) e liderança (através da aplicação da escala desenvolvida por House – 1997) e formação das equipes (através do inventário de dados bibliográficos dos sujeitos e das equipes que integram). A coleta de dados ocorrerá nas Unidades de Vigilância Sanitária dos Municípios goianos selecionados, em horário pré agendado entre os sujeitos e a pesquisadora responsável (antes ou após o horário de serviço).

- Referência sucinta aos critérios de participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa);

**Crítérios de Inclusão:** Estar investido de cargo na Unidade de Vigilância Sanitária dos Municípios goianos selecionados, desde que a equipe de trabalho seja composta por, no mínimo, 3 integrantes e concordância em participar da pesquisa

**Crítérios de Exclusão:** Não atender aos critérios de inclusão

- Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos

Os riscos sociais ao sujeito serão minimizados através do anonimato dos questionários e da livre participação na pesquisa. O benefício da pesquisa será a melhoria da efetividade do trabalho das Unidades de Vigilância Sanitária e a conseqüente melhoria qualidade da saúde da população goiana

- Adequação das condições para realização da pesquisa (local e infra-estrutura; orçamento; anuência dos responsáveis pela instituição onde serão coletados os dados, *curriculum vitae* do pesquisador responsável e dos pesquisadores participantes)

Pesquisadores com comprovada capacidade para o desenvolvimento da pesquisa proposta, anuência da Superintendência da Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado de Goiás e do IPETESP/UFG

**IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: linguagem acessível e de fácil compreensão por parte dos sujeitos da pesquisa; TCLE obtido juntamente aos sujeitos no primeiro contato com os mesmos, após explicação da pesquisadora da forma de coleta de dados e dos objetivos da pesquisa

– Verificação das garantias de privacidade e confidencialidade: os questionários não serão identificados individualmente, apenas por Unidade de Vigilância Sanitária/Município, garantindo a confidencialidade e privacidade dos sujeitos.

**V – Parecer do CEP: Protocolo APROVADO**

**VI – Data da reunião: 04/10/2010**

Assinatura do(a) relator(a):

Assinatura do(a) Coordenador(a)/ CEP/UFG:

*Prof. João Carlos da Rocha Medrado*  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG



## Anexo 2 – Comprovantes de submissão dos artigos

Gmail - Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo

Página 1 de 1



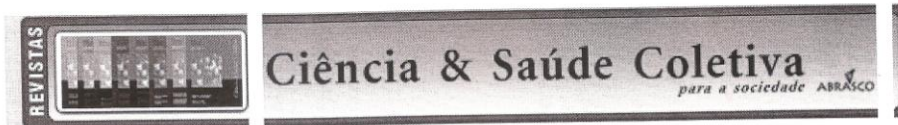
Maria Aparecida de Souza Melo <cida.souza.melo@gmail.com>

### Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo

1 mensagem

Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br>  
Responder a: Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br>  
Para: cida.souza.melo@gmail.com

22 de novembro de 2012 16:23



Prezado(a) **Maria Aparecida de Souza Melo**

Informamos que o **Artigo / Tema Livre** abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: **2172/2012 - Reapresentação 215/2012 – Estrutura e funcionamento da vigilância sanitária de municípios goianos.**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,  
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ  
(21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.  
Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=57f2ecef6c&view=pt&search=inbox&th=13b295bff33f2ff1>

22/11/2012



Maria Aparecida de Souza Melo <cida.souza.melo@gmail.com>

**Confirmação de recebimento de original (Revista Trabalho, Educação e Saúde - Fiocruz)**

1 mensagem

Keilla Kobayashi (RevTES) <keilla@fiocruz.br>  
Para: cida.souza.melo@gmail.com  
Cc: RevTES <revtes@fiocruz.br>

30 de novembro de 2012 12:27

Prezada Professora Maria Aparecida de Souza Melo e demais autores

Informamos que o original "Comprometimento Organizacional de trabalhadores da Vigilância Sanitária Municipal" foi recebido pela Coordenação Editorial da revista *Trabalho, Educação e Saúde*.

Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Entraremos em contato assim que concluirmos esta apreciação.

Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista.

Atenciosamente,

Keilla Kobayashi  
Editora Executiva

*Revista Trabalho, Educação e Saúde*  
www.revista.epsjv.fiocruz.br  
tel: (21) 3865-9850  
fax: (21) 2560-8279



Maria Aparecida de Souza Melo <cida.souza.melo@gmail.com>

---

**[Physis] Agradecimento pela Submissão**

1 mensagem

---

**Kenneth Rochel de Camargo Jr** <suporte.aplicacao@scielo.org> 23 de novembro de 2012 20:39  
Responder a: Maria Aparecida Maria Aparecida de Souza Melo <cida.souza.melo@gmail.com>  
Para: Maria Aparecida Maria Aparecida de Souza Melo <cida.souza.melo@gmail.com>

Maria Aparecida Maria Aparecida de Souza Melo,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Fatores estruturais e funcionais da vigilância sanitária municipal, índices socioeconômicos dos municípios e sua relação com a notificação de doenças." para Physis: Revista de Saúde Coletiva. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:  
<http://submission.scielo.br/index.php/physis/author/submission/106974>  
Login: cidamelo

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Kenneth Rochel de Camargo Jr  
Physis: Revista de Saúde Coletiva

---

Physis  
<http://submission.scielo.br/index.php/physis>

**Anexo 3 – Tabela de dados consolidados do Total de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Confirmados nos municípios participantes do estudo e no Estado de Goiás – 2006 a 2010.**

<i>Agravos Compulsórios</i>	<i>Ano 2006</i>		<i>Ano 2007</i>		<i>Ano 2008</i>		<i>Ano 2009</i>		<i>Ano 2010</i>		<i>Total</i>		
	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>% doenças Mun. Part. em relação ao total de Goiás</i>
<i><u>Acidente por animais peçonhentos</u></i>	<u>1.043</u>	<u>1.456</u>	<u>1.148</u>	<u>1.752</u>	<u>1.344</u>	<u>2.070</u>	<u>1.565</u>	<u>2.437</u>	<u>1.692</u>	<u>2.652</u>	<u>6.792</u>	<u>10.367</u>	<u>65,5</u>
<i><u>AIDS</u></i>	<u>673</u>	<u>782</u>	<u>575</u>	<u>659</u>	<u>565</u>	<u>653</u>	<u>548</u>	<u>674</u>	<u>645</u>	<u>788</u>	<u>3.006</u>	<u>3.556</u>	<u>84,5</u>
<i><u>Atendimento Antirrábico Humano</u></i>	<u>20.961</u>	<u>26.902</u>	<u>19.887</u>	<u>25.239</u>	<u>19.017</u>	<u>24.393</u>	<u>20.677</u>	<u>26.170</u>	<u>19.438</u>	<u>25.301</u>	<u>99.980</u>	<u>128.005</u>	<u>78,1</u>
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Condiloma Acuminado (verrugas anogenitais)	1.531	2.058	0	0	0	0	0	0	0	0	1.531	2.058	74,4
Coqueluche	62	71	11	12	7	8	26	31	5	7	111	129	86,0
Criança Exposta ao HIV	0	0	0	0	0	0	1	1	20	23	21	24	87,5
<i><u>Dengue</u></i>	<u>19.846</u>	<u>20.939</u>	<u>11.574</u>	<u>12.470</u>	<u>31.872</u>	<u>34.222</u>	<u>25.936</u>	<u>29.796</u>	<u>57.601</u>	<u>71.479</u>	<u>146.829</u>	<u>168.906</u>	<u>86,9</u>
Doenças de Chagas Aguda	2	15	1	10	3	4	6	25	6	28	18	82	22,0
Doença de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2	100,0
Doenças Exantemáticas	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	100,0
Esquistossomose	22	29	14	20	3	5	12	21	1	12	52	87	59,8
Eventos Adversos Pós-vacina	0	0	8	12	5	8	17	18	28	46	58	84	69,0
Febre Amarela	0	0	3	3	8	11	0	0	0	0	11	14	78,6

<i>Agravos Compulsórios</i>	<i>Ano 2006</i>		<i>Ano2007</i>		<i>Ano 2008</i>		<i>Ano 2009</i>		<i>Ano 2010</i>		<i>Total</i>		
	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>% doenças Mun. Part. em relação ao total de Goiás</i>
Febre Maculosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,0
Febre Tifoide	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	100,0
Gestante HIV +(*)	165	196	98	122	101	120	106	123	114	133	584	694	84,1
<u><i>Hanseníase</i></u>	<u>1.782</u>	<u>2.553</u>	<u>2.112</u>	<u>3.073</u>	<u>2.101</u>	<u>3.148</u>	<u>2.089</u>	<u>3.106</u>	<u>2.009</u>	<u>2.976</u>	<u>10.093</u>	<u>14.856</u>	<u>67,9</u>
Hantavirose	1	5	5	6	5	11	10	14	9	10	30	46	65,2
<u><i>Hepatites Virais</i></u>	<u>731</u>	<u>938</u>	<u>990</u>	<u>1.207</u>	<u>754</u>	<u>911</u>	<u>948</u>	<u>1.193</u>	<u>805</u>	<u>980</u>	<u>4.228</u>	<u>5.229</u>	<u>80,9</u>
Herpes genital	201	295	0	0	0	0	0	0	0	0	201	295	68,1
<u><i>Intoxicações Exógenas (**)</i></u>	<u>67</u>	<u>93</u>	<u>519</u>	<u>573</u>	<u>437</u>	<u>502</u>	<u>948</u>	<u>1.092</u>	<u>979</u>	<u>1.200</u>	<u>2.950</u>	<u>3.460</u>	<u>85,3</u>
<u><i>Leishmaniose Tegumentar Americana</i></u>	<u>276</u>	<u>579</u>	<u>172</u>	<u>374</u>	<u>189</u>	<u>408</u>	<u>237</u>	<u>519</u>	<u>306</u>	<u>636</u>	<u>1.180</u>	<u>2.516</u>	<u>46,9</u>
<u><i>Leishmaniose Visceral</i></u>	<u>15</u>	<u>31</u>	<u>22</u>	<u>38</u>	<u>16</u>	<u>31</u>	<u>11</u>	<u>25</u>	<u>20</u>	<u>33</u>	<u>84</u>	<u>158</u>	<u>53,2</u>
<u><i>Leptospirose</i></u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>9</u>	<u>5</u>	<u>7</u>	<u>2</u>	<u>6</u>	<u>26</u>	<u>35</u>	<u>74,3</u>
<u><i>Malária</i></u>	<u>87</u>	<u>105</u>	<u>50</u>	<u>50</u>	<u>34</u>	<u>36</u>	<u>49</u>	<u>55</u>	<u>99</u>	<u>114</u>	<u>319</u>	<u>360</u>	<u>88,6</u>
<u><i>Meningite</i></u>	<u>520</u>	<u>677</u>	<u>349</u>	<u>420</u>	<u>356</u>	<u>458</u>	<u>310</u>	<u>377</u>	<u>343</u>	<u>417</u>	<u>1.878</u>	<u>2.349</u>	<u>79,9</u>
Sífilis Adquirida	0	0	35	40	22	23	31	37	27	32	115	132	87,1
Sífilis Congênita	25	40	22	30	39	48	44	57	37	44	167	219	76,3
Sífilis em Adulto (Excluída a forma primária)	471	598	0	0	0	0	0	0	0	0	471	598	78,8
Sífilis em Gestante	0	1	171	237	245	330	240	334	264	340	920	1.242	74,1
Síndrome da Febre Hemorrágica Aguda	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	100,0
Síndrome da Rubéola Congênita	0	0	2	3	2	2	0	0	0	0	4	5	80,0
Síndrome da Úlcera Genital	61	86	0	0	0	0	0	0	0	0	61	86	70,9

<i>Agravos Compulsórios</i>	<i>Ano 2006</i>		<i>Ano2007</i>		<i>Ano 2008</i>		<i>Ano 2009</i>		<i>Ano 2010</i>		<i>Total</i>		
	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>Mun. Part.</i>	<i>Estado Goiás</i>	<i>% doenças Mun. Part. em relação ao total de Goiás</i>
(Exc. Herpes Genital)													
Síndrome do Corrimento Cervical	7.482	14.388	0	0	0	0	0	0	0	0	7.482	14.388	52,0
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino	253	499	0	0	0	0	0	0	4	8	257	507	50,7
Síndrome Respiratória Aguda	0	0	0	0	0	0	1	1	0	14	1	15	6,7
Tétano Acidental	2	7	7	14	11	16	10	13	9	12	39	62	62,9
Tétano Neonatal	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	100,0
<b><u>Tuberculose</u></b>	<b><u>730</u></b>	<b><u>1.004</u></b>	<b><u>710</u></b>	<b><u>946</u></b>	<b><u>708</u></b>	<b><u>928</u></b>	<b><u>773</u></b>	<b><u>991</u></b>	<b><u>776</u></b>	<b><u>1.004</u></b>	<b><u>3.697</u></b>	<b><u>4.873</u></b>	<b><u>75,9</u></b>
Varíola	0	0	4	5	0	0	2	2	0	2	6	9	66,7
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	0	0	39	39	20	20	740	826	2.192	2.347	2.991	3.232	92,5
<b>Total de Doenças Confirmadas</b>	<b>57.016</b>	<b>74.355</b>	<b>38.536</b>	<b>47.362</b>	<b>57.872</b>	<b>68.376</b>	<b>55.345</b>	<b>67.948</b>	<b>87.431</b>	<b>110.645</b>	<b>296.200</b>	<b>368.686</b>	<b><u>80,3</u></b>
<b>Total de Doenças Notificadas</b>	<b>74.141</b>	<b>96.625</b>	<b>50.191</b>	<b>62.220</b>	<b>73.709</b>	<b>88.500</b>	<b>80.773</b>	<b>97.591</b>	<b>129.792</b>	<b>162.475</b>	<b>408.606</b>	<b>507.411</b>	<b><u>80,5</u></b>

(\*) Nos dados de 2006 estão incluídos Gestantes HIV + e Crianças Expostas ao HIV. (\*\*) Os dados de 2006 referem-se a Intoxicações por Agrotóxicos. As doenças destacadas em negrito e sublinhadas são as elegidas para as análises de correlação deste estudo.

Fonte: SES-GO/SUVISA (2011) – Dados extraídos dos arquivos disponibilizados em 22/07/2011, em 15/08/2011 e em 27/09/2011- NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - SinanNet Freqüência por Ano da Notific segundo Agravos Compulsórios.

**Anexo 4 – Tabela dos dados dos indicadores socioeconômicos segundo o município participante do estudo e Estado de Goiás**

Município	População censitária 2010 - Total habitantes	Taxa de crescimento geométrico populacional (%) - 2010	Produto Interno Bruto per Capita (R\$) - 2008	Arrecadação do ICMS (R\$ mil) - 2010	Índice Gini - 2000	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) - 2000	IDHM - Educação - 2000	IDHM - Longevidade - 2000	IDHM- Renda - 2000	Taxa de Alfabetização (%) - 2010	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) - 2000	Extensão de Redes de Água (m) - 2010	Ligações de Água (número) - 2010	Extensão de Redes de Esgoto (m) - 2010	Ligações de Esgoto (número) - 2010	Hospitais (número) - 2010	Leitos (número) - 2010	Emprego - RAIS - Rendimento Médio - 2010
Abadiânia	15.757	3,24	5.337,97	1.852	0,56	0,723	0,797	0,743	0,628	90,17	22,36	[2]	[2]	[2]	[2]	-	-	768,50
Acreúna	20.279	1,03	12.724,45	7.178	0,60	0,763	0,845	0,751	0,694	86,62	21,13	90.755	4.739	-	1	3	72	1.123,14
Águas Lindas de Goiás	159.378	4,19	3.270,76	9.401	0,46	0,717	0,815	0,726	0,610	93,61	24,95	214.894	34.562	-	-	1	53	1.002,29
Alexânia	23.814	1,74	12.680,80	52.515	0,57	0,696	0,796	0,664	0,629	89,42	36,16	71.978	6.218	-	-	1	39	1.123,28
Anápolis	334.613	1,51	18.910,15	514.958	0,57	0,788	0,889	0,754	0,721	94,70	20,77	1.192.088	93.909	494.667	46.206	21	1.350	1.257,22
Aparecida de Goiânia	455.657	3,08	7.827,05	253.434	0,47	0,764	0,880	0,753	0,659	95,04	20,96	1.259.583	79.298	194.027	23.358	10	906	996,47
Bela Vista de Goiás	24.554	2,48	11.889,02	14.450	0,46	0,744	0,833	0,741	0,657	91,35	22,68	88.687	5.311	51.776	3.062	2	59	1.049,29
Cachoeira Dourada	8.254	0,32	49.578,20	1.707	0,60	0,759	0,818	0,784	0,676	86,30	16,68	34.363	1.873	24.152	1.324	1	16	1.446,11
Caldas Novas	70.473	3,56	10.512,70	22.158	0,61	0,802	0,905	0,749	0,751	94,89	21,55	[1]	[1]	[1]	[1]	4	151	967,54
Catalão	86.647	3,02	42.062,14	272.080	0,55	0,818	0,908	0,819	0,727	94,84	12,58	[1]	[1]	[1]	[1]	4	286	1.308,32
Ceres	20.722	0,69	9.352,10	17.733	0,60	0,782	0,874	0,760	0,711	93,05	19,93	97.849	7.352	119.786	2.801	8	266	1.107,07
Cidade Ocidental	55.915	3,31	3.777,92	3.484	0,51	0,795	0,915	0,770	0,700	94,96	18,49	259.955	15.413	38.031	7.894	2	57	989,74
Cocalzinho de Goiás	17.407	1,76	6.528,52	9.912	0,54	0,704	0,780	0,735	0,596	88,72	23,61	34.620	2.672	-	-	1	35	1.017,62
Corumbáiba	8.181	2,09	24.716,05	20.448	0,52	0,767	0,870	0,760	0,671	90,65	19,95	41.197	2.363	-	994	1	28	1.029,69
Cristalina	46.580	3,16	20.094,53	25.488	0,61	0,761	0,825	0,783	0,674	91,74	16,88	120.496	9.421	85.889	2.840	2	31	1.026,70

Município	População censitária 2010 - Total habitantes	Taxa de crescimento geométrico populacional (%) - 2010	Produto Interno Bruto per Capita (R\$) - 2008	Arrecadação do ICMS (R\$ mil) - 2010	Índice Gini - 2000	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) - 2000	IDHM - Educação - 2000	IDHM - Longevidade - 2000	IDHM - Renda - 2000	Taxa de Alfabetização (%) - 2010	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) - 2000	Extensão de Redes de Água (m) - 2010	Ligações de Água (número) - 2010	Extensão de Redes de Esgoto (m) - 2010	Ligações de Esgoto (número) - 2010	Hospitais (número) - 2010	Leitos (número) - 2010	Emprego - RAIS - Rendimento Médio - 2010
Formosa	100.085	2,44	6.918,88	42.578	0,63	0,750	0,840	0,730	0,681	92,18	24,34	326.080	26.867	197.700	10.747	6	183	965,24
Goianésia	59.549	1,94	8.600,47	25.448	0,54	0,743	0,848	0,722	0,659	90,92	25,58	222.994	15.366	68.639	9.973	5	199	1.079,19
Goiânia	1.302.001	1,77	15.376,50	3.142.151	0,46	0,832	0,933	0,751	0,813	96,85	21,30	5.611.591	389.278	2800292	276.448	112	6.496	1.653,32
Goianira	34.060	6,17	6.539,71	10.828	0,66	0,740	0,844	0,736	0,639	92,36	23,50	99.446	7.806	22.481	1.618	1	34	979,19
Goiás	24.727	0,92	8.610,01	5.473	0,53	0,736	0,847	0,705	0,655	87,65	28,53	70.612	8.106	61.550	2.465	3	168	954,92
Goiatuba	32.492	0,43	17.866,41	24.335	0,61	0,812	0,877	0,812	0,746	91,35	13,30	176.468	9.118	10.388	2.277	3	138	1.175,48
Ipameri	24.735	0,89	16.380,97	10.232	0,49	0,758	0,876	0,729	0,669	90,96	24,59	99.897	8.461	-	-	4	120	973,86
Iporá	31.274	0,01	6.608,55	4.632	0,55	0,780	0,876	0,781	0,682	88,99	17,12	202.147	11.682	46462	-	4	154	1.019,89
Itaberaí	35.371	2,41	12.261,40	11.723	0,64	0,739	0,796	0,725	0,697	90,54	25,11	130.646	8.824	2.782	1.914	2	70	874,20
Itumbiara	92.883	1,32	22.289,09	155.493	0,56	0,782	0,877	0,749	0,719	92,74	21,55	352.909	26.407	262.858	19.655	5	250	1.135,38
Jaraguá	41.870	2,32	7.022,07	7.162	0,53	0,728	0,803	0,727	0,653	91,23	24,81	116.417	11.882	-	571	2	94	802,20
Jataí	88.006	1,55	21.767,73	60.316	0,59	0,793	0,874	0,776	0,728	93,46	17,77	405.952	26.030	150.150	14.956	5	225	1.134,16
Jussara	19.153	0,45	9.597,41	4.643	0,58	0,740	0,836	0,718	0,667	88,54	26,24	141.351	5.518	105.266	4.722	3	92	927,15
Luziânia	174.531	2,15	8.859,35	48.767	0,57	0,756	0,850	0,752	0,665	92,83	21,11	644.178	26.776	67.374	5.340	5	197	1.111,89
Minaçu	31.154	0,76	22.531,61	26.745	0,54	0,749	0,849	0,753	0,646	87,76	20,88	141.992	9.026	52.483	-	3	83	1.328,92
Mineiros	52.935	3,10	15.726,25	35.191	0,61	0,780	0,837	0,785	0,719	93,03	16,58	[1]	[1]	[1]	[1]	4	217	1.243,74
Morrinhos	41.460	1,15	12.158,19	22.675	0,67	0,806	0,861	0,807	0,750	92,56	13,88	185.279	13.715	114.776	7.070	3	111	1.100,03



Município	População censitária 2010 - Total habitantes	Taxa de crescimento geométrico populacional (%) - 2010	Produto Interno Bruto per Capita (R\$) - 2008	Arrecadação do ICMS (R\$ mil) - 2010	Índice Gini - 2000	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) - 2000	IDHM - Educação - 2000	IDHM - Longevidade - 2000	IDHM- Renda - 2000	Taxa de Alfabetização (%) - 2010	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) - 2000	Extensão de Redes de Água (m) - 2010	Ligações de Água (número) - 2010	Extensão de Redes de Esgoto (m) - 2010	Ligações de Esgoto (número) - 2010	Hospitais (número) - 2010	Leitos (número) - 2010	Emprego - RAIS - Rendimento Médio - 2010
Mozarlândia	13.404	1,83	20.342,56	14.443	0,78	0,728	0,822	0,703	0,659	88,09	28,88	38.944	3.191	-	-	2	44	1.019,78
Nerópolis	24.210	2,68	13.707,19	19.923	0,54	0,785	0,837	0,836	0,682	92,19	10,74	77.116	6.618	-	-	1	123	1.017,00
Niquelândia	42.361	0,94	18.856,25	68.430	0,63	0,739	0,836	0,717	0,665	88,81	26,40	122.670	10.916	392	21	4	180	1.458,25
Nova América	2.259	0,33	6.700,43	126	0,48	0,715	0,823	0,717	0,606	85,15	26,46	15.157	660	-	-	-	-	860,17
Novo Gama	95.018	2,48	3.599,32	5.379	0,53	0,742	0,855	0,726	0,646	93,73	24,95	239.972	19.987	28.037	3.062	-	-	1.055,78
Padre Bernardo	27.671	2,55	5.388,66	3.570	0,64	0,705	0,795	0,696	0,623	87,26	30,06	65.363	4.105	25.066	1.598	1	25	945,85
Paranaíguara	9.100	1,06	9.450,54	2.704	0,60	0,751	0,819	0,745	0,689	87,32	22,10	[1]	[1]	[1]	[1]	1	24	896,12
Piracanjuba	24.026	0,2	14.311,22	4.633	0,55	0,755	0,843	0,726	0,695	90,80	24,95	121.046	6.981	41.999	3.528	2	77	1.052,96
Pirenópolis	23.006	0,80	7.656,39	11.078	0,56	0,713	0,789	0,711	0,640	90,07	27,52	101.799	6.670	-	-	2	61	864,07
Pires do Rio	28.762	0,93	12.664,43	18.122	0,61	0,785	0,894	0,730	0,731	92,98	24,45	130.632	10.702	28.996	2.756	2	88	888,48
Planaltina de Goiás	81.649	1,03	4.315,64	8.054	0,56	0,723	0,820	0,729	0,619	90,87	24,50	212.322	20.373	69.036	4.658	3	95	1.105,59
Pontalina	17.121	0,34	10.080,64	2.582	0,69	0,805	0,846	0,804	0,765	86,99	14,22	62.420	5.247	59.479	2.332	2	52	891,21
Quirinópolis	43.220	1,70	13.400,66	21.563	0,53	0,780	0,866	0,783	0,690	90,87	16,81	188.801	11.476	125.584	11.623	4	126	1.238,51
Rio Quente	3.312	4,68	13.924,20	4.284	0,61	0,806	0,917	0,736	0,764	95,47	23,44	[1]	[1]	[1]	[1]	-	-	1.200,71
Rio Verde	176.424	4,23	22.768,12	144.013	0,60	0,807	0,871	0,803	0,746	94,04	14,43	601.524	47.637	132.109	23.157	8	488	1.185,36
Santo Antônio do Descoberto	63.248	2,00	3.638,15	4.228	0,52	0,709	0,810	0,716	0,600	91,80	26,65	184.009	11.287	30.830	3.802	2	85	958,09
São Miguel do Araguaia	22.283	0,23	9.026,99	4.152	0,60	0,737	0,813	0,722	0,675	88,87	25,62	94.226	4.924	19.044	1.824	4	100	1.034,11

Município	População censitária 2010 - Total habitantes	Taxa de crescimento geométrico populacional (%) - 2010	Produto Interno Bruto per Capita (R\$) - 2008	Arrecadação do ICMS (R\$ mil) - 2010	Índice Gini - 2000	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) - 2000	IDHM - Educação - 2000	IDHM - Longevidade - 2000	IDHM - Renda - 2000	Taxa de Alfabetização (%) - 2010	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) - 2000	Extensão de Redes de Água (m) - 2010	Ligações de Água (número) - 2010	Extensão de Redes de Esgoto (m) - 2010	Ligações de Esgoto (número) - 2010	Hospitais (número) - 2010	Leitos (número) - 2010	Emprego - RAIS - Rendimento Médio - 2010
São Simão	17.088	2,35	93.866,98	8.206	0,59	0,754	0,876	0,703	0,683	89,36	28,90	[1]	[1]	[1]	[1]	1	41	1.190,79
Senador Canedo	84.443	4,75	30.599,01	1.092.397	0,46	0,729	0,860	0,710	0,618	93,97	27,70	[1]	[1]	[1]	[1]	2	97	1.217,43
Trindade	104.488	2,52	6.267,84	59.198	0,50	0,759	0,842	0,792	0,644	92,41	15,72	342.265	28.027	128.580	12.202	5	575	1.001,08
Uruaçu	36.929	0,97	8.835,12	15.233	0,58	0,738	0,850	0,712	0,651	89,92	27,33	206.745	10.838	26.000	4.123	2	113	1.109,37
<b>Total nos municípios participantes</b>	<b>4.474.539</b>			<b>6.377.508</b>								<b>15.239.435</b>	<b>1.077.632</b>	<b>5.686.681</b>	<b>520.922</b>	<b>279</b>	<b>14.574</b>	
<b>TOTAL NO ESTADO DE GOIÁS</b>	<b>6.003.788</b>	<b>1,84</b>	<b>12.878,52</b>	<b>8.170.085</b>	<b>0,61</b>	<b>0,776</b>	<b>0,866</b>	<b>0,745</b>	<b>0,717</b>	<b>92,68</b>	<b>21,30</b>	<b>21.443.935</b>	<b>1.475.989</b>	<b>6.731.506</b>	<b>595.180</b>	<b>457</b>	<b>18.788</b>	<b>1.330,82</b>

**Notas:** Água e Esgoto: [1] Atendido pela Prefeitura [2] Atendido pela FUNASA [3] Gestão autônoma; a) índice Gini 2000 – medida do grau de concentração de renda que aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, cujo valor varia de zero (a perfeita igualdade) até 1 (a desigualdade máxima); f) IDHM 2000 – índice de desenvolvimento humano municipal com classificação de IDH Elevado (0,800 e superior), Médio (0,500-0,799) e Baixo (abaixo de 0,500); g) IDHM Educação 2000 – obtido a partir da taxa de alfabetização e da taxa bruta de frequência à escola, convertidas em índices por: (valor observado - limite inferior) / (limite superior - limite inferior), com limites inferior e superior de 0% e 100% (o IDHM Educação é a média desses dois índices, com peso 2 para o da taxa de alfabetização e peso 1 para o da taxa bruta de frequência); h) IDHM Longevidade 2000 – obtido a partir do indicador esperança de vida ao nascer, através da fórmula: (valor observado do indicador - limite inferior) / (limite superior - limite inferior), onde os limites inferior e superior são equivalentes a 25 a 85 anos, respectivamente. Esse indicador é uma medida-resumo dos níveis de mortalidade da população em geral, tornando-se maior à medida que declinam as taxas de mortalidade; i) IDHM Renda 2000 – obtido a partir do indicador renda per capita média, através da fórmula:  $[\ln(\text{valor observado do indicador}) - \ln(\text{limite inferior})] / [\ln(\text{limite superior}) - \ln(\text{limite inferior})]$ , onde os limites inferior e superior são equivalentes a R\$ 3,90 e R\$ 1.560,17; respectivamente; j) Alfabetização 2010 – porcentagem de pessoas de 10 anos ou mais de idade alfabetizadas; k) Mortalidade infantil 2000 – número de mortos para cada 1000 nascidos vivos.

**Fontes:** SEPLAN/IMBES – Secretaria de Planejamento e Gestão/Instituto Mauro Borges de Estatística e Estudos Socioeconômicos 2011. *Estatística Municipais*. Disponível em <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/>>. Acesso em 27 e 28/07/2011; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2011. *Censo 2010*. Disponível em <[www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)>, acessado em 22/08/2011.

## Anexo 5 – Instrumento de coleta de dados primários – Coordenadores e Fiscais

### Caracterização do trabalho (CT)<sup>1</sup>

<b>I – Identificação do Município:</b>	
Município: <input type="text"/>	Regional de Saúde: <input type="text"/>
<b>II – A seguir são apresentadas algumas questões que possibilitarão a caracterização do trabalho desenvolvido na Vigilância Sanitária Municipal (VISAM). Assinale com um X SOMENTE UMA resposta que corresponda à situação atual deste município:</b>	
<b>1 – Este município possui Lei Municipal que institui (cria) a VISAM na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde:</b> <input type="radio"/> Aprovada <input type="radio"/> Em fase de aprovação <input type="radio"/> Em fase de elaboração <input type="radio"/> A ser elaborada	
<b>2 – Este município possui Lei Municipal que define as competências e atribuições da VISAM:</b> <input type="radio"/> Aprovada <input type="radio"/> Em fase de aprovação <input type="radio"/> Em fase de elaboração <input type="radio"/> A ser elaborada	
<b>3 – Este município possui Lei que institui o Código de Vigilância Sanitária do Município:</b> <input type="radio"/> Aprovada <input type="radio"/> Em fase de aprovação <input type="radio"/> Em fase de elaboração <input type="radio"/> A ser elaborada	
<b>4 – Normatização e padronização dos procedimentos de Vigilância Sanitária no município:</b> <input type="radio"/> TODOS os procedimentos se encontram normatizados e padronizados <input type="radio"/> PARTE dos procedimentos se encontra normatizada e padronizada <input type="radio"/> NENHUM dos procedimentos se encontra normatizado ou padronizado <input type="radio"/> Outra situação. Especificar: <input type="text"/>	

<sup>1</sup> Instrumento elaborado a partir das reuniões realizadas com a Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SUVISA-SES), das visitas técnicas realizadas nas Unidades de Vigilância Sanitária e Ambiental dos municípios de Anápolis e de Aparecida de Goiânia, assim como da extração de informações contidas nos documentos “Instrumento de Monitoramento das Ações de VISA 2009” e “Questionário para Diagnóstico Situacional de Vigilância Sanitária e Ambiental” disponibilizados pela SUVISA-SES em 2010.

<p><b>5 – Profissionais que exercem as atividades de fiscal de VISAM:</b></p> <p><input type="radio"/> Estão TODOS investidos no cargo por ato legal (Portaria/Decreto)</p> <p><input type="radio"/> NENHUM se encontra investido no cargo por ato legal (Decreto/Portaria)</p> <p><input type="radio"/> PARTE deles se encontra investida no cargo por ato legal (Decreto/Portaria)</p>
<p><b>6 – Abrangência das ações de Vigilância Sanitária no Município:</b></p> <p><input type="radio"/> Contemplam as ações de Vigilância Sanitária e Ambiental</p> <p><input type="radio"/> Estão TODOS investidos no cargo por ato legal (Portaria/Decreto)</p> <p><input type="radio"/> Outra(s). Especificar: <input type="text"/></p>
<p><b>7 – Percentual de estabelecimentos sediados no município sujeitos à Vigilância Sanitária que se encontram cadastrados em sistema de informações da VISAM:</b></p> <p><input type="radio"/> De 90 a 100% cadastrados</p> <p><input type="radio"/> De 70 a 89% cadastrados</p> <p><input type="radio"/> De 40 a 69% cadastrados</p> <p><input type="radio"/> De 1 a 39% cadastrados</p> <p><input type="radio"/> Nenhum estabelecimento cadastrado</p>
<p><b>8 – Implantação do serviço de atendimento às demandas e reclamações:</b></p> <p><input type="radio"/> Serviço de atendimento às demandas e reclamações IMPLANTADO no município</p> <p><input type="radio"/> Serviço de atendimento às demandas e reclamações EM FASE DE IMPLANTAÇÃO</p> <p><input type="radio"/> Serviço de atendimento às demandas e reclamações com implantação A SER INICIADA</p> <p><input type="radio"/> NÃO HÁ PREVISÃO de implantação no município</p>
<p><b>9 – Integração das atividades de Vigilância Sanitária com os diversos órgãos municipais que atuam ou que se relacionam com a área da saúde:</b></p> <p><input type="radio"/> Atividades INTEGRADAS no município</p> <p><input type="radio"/> Processo de INTEGRAÇÃO EM FASE DE IMPLANTAÇÃO</p> <p><input type="radio"/> Procedimento de integração A SER INICIADO</p> <p><input type="radio"/> NÃO HÁ PREVISÃO de integração dessas atividades no município</p>
<p><b>10 – Ações de monitoramento de produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde:</b></p> <p><input type="radio"/> Implantado no município</p> <p><input type="radio"/> Em fase de implantação</p> <p><input type="radio"/> Procedimento de implantação a ser iniciado</p> <p><input type="radio"/> Não há previsão de implantação no município</p>
<p><b>11 – Ações de educação e comunicação em saúde para a sociedade (treinamentos e campanhas educativas):</b></p> <p><input type="radio"/> Ações implantadas no município</p> <p><input type="radio"/> Ações em fase de implantação</p>

<input type="radio"/> Procedimento de implantação das ações a ser iniciado <input type="radio"/> Não há previsão de implantação das ações no município
<b>12 – Utilização de análises laboratoriais para monitoramento de produtos de interesse da VISAM:</b> <input type="radio"/> Implantado no município <input type="radio"/> Em fase de implantação <input type="radio"/> Procedimento de implantação a ser iniciado <input type="radio"/> Não há previsão de implantação no município
<b>13 – Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SINAVISA):</b> <input type="radio"/> Implantado e com alimentação periódica <input type="radio"/> Implantado porém sem alimentação periódica <input type="radio"/> Em fase de implantação <input type="radio"/> Procedimento de implantação a ser iniciado <input type="radio"/> Não há previsão de implantação no município
<b>14 – Sistema de Informação de Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA):</b> <input type="radio"/> Implantado e com alimentação periódica <input type="radio"/> Implantado porém sem alimentação periódica <input type="radio"/> Em fase de implantação <input type="radio"/> Procedimento de implantação a ser iniciado <input type="radio"/> Não há previsão de implantação no município
<b>15 – Sistema NOTIVISA (Queixas técnicas e eventos adversos):</b> <input type="radio"/> Implantado e com alimentação periódica <input type="radio"/> Implantado porém sem alimentação periódica <input type="radio"/> Em fase de implantação <input type="radio"/> Procedimento de implantação a ser iniciado <input type="radio"/> Não há previsão de implantação no município
<b>16 – Estrutura para recepção de denúncias, considerando as necessidades de privacidade e sigilo:</b> <input type="radio"/> A VISAM conta com estrutura ADEQUADA para recepção e averiguação de denúncias <input type="radio"/> A estrutura da VISAM é ADEQUADA EM PARTE para recepção e averiguação de denúncias <input type="radio"/> A VISAM NÃO POSSUI estrutura adequada para recepção e averiguação de denúncias
<b>17 – Quantitativo de recursos humanos para o funcionamento da VISAM:</b> <input type="radio"/> A quantidade existente ATENDE PLENAMENTE às necessidades da VISAM <input type="radio"/> A quantidade existente ATENDE EM PARTE às necessidades da VISAM

<input type="radio"/> A quantidade existente NÃO ATENDE às necessidades da VISAM
<b>18 – Capacidade técnica dos recursos humanos para o exercício das funções conforme as necessidades da VISAM:</b>
<input type="radio"/> A capacidade técnica existente ATENDE às necessidades da VISAM <input type="radio"/> A capacidade técnica existente ATENDE EM PARTE às necessidades da VISAM <input type="radio"/> A capacidade técnica existente NÃO ATENDE às necessidades da VISAM
<b>19 – Forma como se encontra estruturada a área de fiscalização da VISAM:</b>
<input type="radio"/> Os fiscais SÃO organizados por áreas ou coordenação e POSSUEM um supervisor ou coordenador FORMAL <input type="radio"/> Os fiscais SÃO organizados por áreas ou coordenação, mas a supervisão ou coordenação existente é INFORMAL <input type="radio"/> Os fiscais NÃO são organizados por áreas ou coordenação - TODOS se reportam a um único supervisor ou coordenador formalmente designado <input type="radio"/> Os fiscais NÃO são organizados por áreas ou - TODOS se reportam a um único supervisor ou coordenador sem designação formal <input type="radio"/> Outra forma. Especificar: <input type="text"/>
<b>20 – Modo como são realizadas as fiscalizações no município:</b>
<input type="radio"/> Cada fiscal realiza sua tarefa individualmente <input type="radio"/> A fiscalização é realizada em equipes de dois ou mais fiscais <input type="radio"/> O fiscal realiza a inspeção sozinho e quando sente necessidade solicita o acompanhamento de outro colega <input type="radio"/> Outra. Especificar: <input type="text"/>
<b>21 – Estabelecimento das metas de fiscalização:</b>
<input type="radio"/> As metas são individualizadas POR FISCAL SANITÁRIO de forma que cada um tem o conhecimento da previsão de visitas que deverá realizar no período <input type="radio"/> As metas são individualizadas POR EQUIPE de forma que cada equipe tem o conhecimento da previsão de visitas que deverá realizar no período <input type="radio"/> Não há uma meta pré-estabelecida, o município trabalha de acordo com a demanda surgida <input type="radio"/> Outra. Especificar: <input type="text"/>
<b>22 – Cumprimento de expediente de trabalho pelos profissionais que exercem atividades de fiscalização:</b>
<input type="radio"/> Todos devem comparecer à Vigilância Sanitária diariamente para depois seguirem para as atividades de fiscalização (atividades de campo) <input type="radio"/> Todos devem comparecer à Vigilância Sanitária pelo menos uma vez na semana <input type="radio"/> Todos devem comparecer à Vigilância Sanitária pelo menos uma vez ao mês

<input type="radio"/> O comparecimento à Vigilância Sanitária depende do Fiscal que tem autonomia para decidir o dia e horário mais adequado <input type="radio"/> O comparecimento à Vigilância Sanitária ocorre somente quando solicitado pelo superior imediato <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>23 – Remuneração dos Fiscais de Vigilância Sanitária ou Inspectores de Vigilância Sanitária ou equivalentes:</b> <input type="radio"/> Percebem salário fixo mensal <input type="radio"/> Percebem salário fixo mensal mais função comissionada <input type="radio"/> Percebem salário fixo mensal mais adicional de produtividade ou sistema de pontuação <input type="radio"/> Não há um sistema padronizado de remuneração para esses profissionais <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>24 – Plano de Formação e Capacitação de Pessoal da VISAM neste município:</b> <input type="radio"/> Aprovado e implementado <input type="radio"/> Aprovado porém ainda não implementado <input type="radio"/> Em fase de elaboração <input type="radio"/> A ser elaborado <input type="radio"/> Não há previsão de criação do Plano para o município
<b>25 – Elaboração de relatórios de fiscalização:</b> <input type="radio"/> Cada fiscal elabora o relatório diário e mensal de fiscalização <input type="radio"/> Cada fiscal elabora somente o relatório diário de fiscalização <input type="radio"/> Cada fiscal elabora somente o relatório mensal de fiscalização <input type="radio"/> Os relatórios são elaborados por terceiros a partir dos resultados das fiscalizações <input type="radio"/> Não são elaborados relatórios sobre as fiscalizações <input type="radio"/> O fiscal elabora o relatório diário e o Coordenador o relatório mensal de fiscalização <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>26 – Encaminhamento de Relatórios MENSALIS de Atividades Fiscais:</b> <input type="radio"/> A VISAM encaminha MENSALMENTE o Relatório Mensal à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> A VISAM encaminha ÀS VEZES o Relatório Mensal à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> A VISAM encaminha SOMENTE QUANDO SOLICITADO o Relatório Mensal à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> A VISAM NÃO ENCAMINHA o Relatório Mensal à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>27 – Encaminhamento de Relatórios ANUAIS de Atividades Fiscais:</b>

<input type="radio"/> A VISAM encaminha ANUALMENTE o Relatório Anual à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> A VISAM encaminha ÀS VEZES o Relatório Anual à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> A VISAM encaminha SOMENTE QUANDO SOLICITADO o Relatório Anual à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> A VISAM NÃO ENCAMINHA o Relatório Anual à Regional de Saúde e/ou SUVISA <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>28 – Meio de transporte utilizado pelos fiscais para a realização das fiscalizações:</b> <input type="radio"/> A fiscalização é feita por veículo próprio da Vigilância Sanitária <input type="radio"/> A fiscalização é feita por veículo de outro órgão da Prefeitura ou do Estado <input type="radio"/> A fiscalização é feita utilizando-se de meio de transporte do próprio Fiscal Sanitário com ajuda de custos da Vigilância Sanitária <input type="radio"/> A fiscalização é realizada utilizando-se de meio de transporte do próprio Fiscal Sanitário sem ajuda de custos da Vigilância Sanitária <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>29 – Frequência com que é realizado o planejamento das ações da VISAM com a participação de todos os servidores:</b> <input type="radio"/> Anualmente <input type="radio"/> Semestralmente <input type="radio"/> Esporadicamente <input type="radio"/> Nunca
<b>30 – Frequência com que é realizada a avaliação de desempenho dos servidores da VISAM:</b> <input type="radio"/> Anualmente <input type="radio"/> Semestralmente <input type="radio"/> Esporadicamente <input type="radio"/> Nunca
<b>31 – Frequência com que é realizada a avaliação formal do desempenho global da VISAM:</b> <input type="radio"/> Anualmente <input type="radio"/> Semestralmente <input type="radio"/> Esporadicamente <input type="radio"/> Nunca
<b>32 – Os veículos existentes na estrutura da Vigilância Sanitária Municipal:</b> <input type="radio"/> São EXCLUSIVOS e SUFICIENTES para a realização das atividades da VISAM <input type="radio"/> São EXCLUSIVOS porém INSUFICIENTES para a realização das atividades da VISAM



<input type="radio"/> São COMPARTILHADOS e SUFICIENTES para a realização das atividades da VISAM <input type="radio"/> São COMPARTILHADOS e INSUFICIENTES para a realização das atividades da VISAM <input type="radio"/> INEXISTEM veículos para a realização de atividades da VISAM <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>33 – Espaço físico de funcionamento da Vigilância Sanitária Municipal:</b> <input type="radio"/> Espaço físico PRÓPRIO e ADEQUADO para realização das atividades <input type="radio"/> Espaço físico PRÓPRIO porém INADEQUADO para realização das atividades <input type="radio"/> Espaço físico LOCADO ou EMPRESTADO e ADEQUADO para realização das atividades <input type="radio"/> Espaço físico LOCADO ou EMPRESTADO porém INADEQUADO para realização das atividades <input type="radio"/> Espaço físico COMPARTILHADO com outros setores ou órgãos e ADEQUADO para realização das atividades <input type="radio"/> Espaço físico COMPARTILHADO com outros setores ou órgãos porém INADEQUADO para realização das atividades <input type="radio"/> NÃO HÁ PREVISÃO de integração dessas atividades no município <input type="radio"/> Outro. Especificar: <input type="text"/>
<b>34 – Estrutura de informática (computadores, impressoras, softwares):</b> <input type="radio"/> É COMPATÍVEL com as necessidades da VISAM <input type="radio"/> É uma estrutura que CARECE SER MELHORADA <input type="radio"/> NÃO EXISTE estrutura de informática específica para a VISAM
<b>35 – Estrutura de comunicação (Telefone, Fax e Internet):</b> <input type="radio"/> É COMPATÍVEL com as necessidades da VISAM <input type="radio"/> É uma estrutura que CARECE SER MELHORADA <input type="radio"/> NÃO EXISTE estrutura de comunicação específica para a VISAM
<b>36 – Materiais de consumo para a realização das atividades da VISAM:</b> <input type="radio"/> ATENDEM às necessidades da VISAM <input type="radio"/> ATENDEM EM PARTE às necessidades da VISAM <input type="radio"/> SÃO INSUFICIENTES para atender às necessidades da VISAM
<b>37 – Impressos legais para a realização das atividades da VISAM (Termo de Notificação/Intimação; Auto de Infração; Auto de Imposição de Penalidade; Ficha de Cadastro; Formulário para Alvará de Licença; Formulário para Arrecadação Sanitária; Termo de Coleta de Amostras; Formulário para registro de denúncias; Formulário para emissão de ordem de serviço):</b> <input type="radio"/> Existem TODOS em quantidade ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem TODOS porém em quantidade NÃO ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem EM PARTE em quantidade ADEQUADA às atividades da VISAM

<input type="radio"/> Existem EM PARTE porém em quantidade NÃO ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> NÃO EXISTEM na estrutura da VISAM
<b>38 – Infra-estrutura para arquivo de cadastros dos estabelecimentos sujeitos às ações da VISAM:</b> <input type="radio"/> EXISTE e se encontra ADEQUADA às necessidades da VISAM <input type="radio"/> EXISTE porém INADEQUADA às necessidades da VISAM <input type="radio"/> NÃO EXISTENTE infra-estrutura para arquivo de cadastros desses estabelecimentos
<b>39 – Equipamentos técnicos e insumos específicos para a realização das ações da VISAM (GPS; Turbidímetro; Termômetro; Peagametro; Câmara Fotográfica Digital; Caixa Térmica, Colorímetro):</b> <input type="radio"/> Existem TODOS em quantidade ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem TODOS porém em quantidade NÃO ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem EM PARTE em quantidade ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem EM PARTE porém em quantidade NÃO ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> NÃO EXISTEM na estrutura da VISAM
<b>40 – Equipamentos necessários para a realização de ações de Educação Sanitária (Equipamentos de projeção tais como Data-show, aparelhos de som e vídeo):</b> <input type="radio"/> Existem TODOS em quantidade ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem TODOS porém em quantidade NÃO ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem EM PARTE em quantidade ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> Existem EM PARTE porém em quantidade NÃO ADEQUADA às atividades da VISAM <input type="radio"/> NÃO EXISTEM na estrutura da VISAM
<b>Espaço reservado para acrescentar alguma informação que julgar pertinente:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<b>Local e data:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<b>Responsável pelo preenchimento (nome e cargo)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<b>Dados para contato – Telefone e e-mail:</b>

Ao concluir o preenchimento do questionário, gentileza certificar-se de que todas as questões foram plenamente respondidas a fim de não invalidar a pesquisa.

Agradecemos pela atenção dispensada.

Profa. Maria Aparecida de Souza Melo

Universidade Estadual de Goiás/Universidade Federal de Goiás

Telefones (62) 3567-3397 / 9979-9798 – E-mail [cida.souza.melo@gmail.com](mailto:cida.souza.melo@gmail.com)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
E SAÚDE PÚBLICA

Rua 235, S/N- Setor Universitário – Goiânia-GO - CEP 74605-050  
Fone (62) 3209.6362 – 3209.6102 - FAX (62) 3209.6363  
E-mail: [ppgmt@iptsp.ufg.br](mailto:ppgmt@iptsp.ufg.br)

## FOLHA DE ROSTO

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa é desenvolvida pela doutoranda do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás Professora Maria Aparecida de Souza Melo e tem o objetivo de identificar a estrutura, funcionamento, processos de liderança e desempenho dos trabalhadores de Vigilância Sanitária no Estado de Goiás. Possui autorização formal da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e do Gestor da Unidade de Vigilância Sanitária deste município, além de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás com Protocolo sob o número 268/2010.

Nesta fase da pesquisa, a sua colaboração é de fundamental importância vez que as respostas dadas constituirão a base deste trabalho. Você e outros servidores de diversas Unidades de Vigilância Sanitária situadas em outros municípios goianos foram selecionados para responderem a este questionário, pelo que solicitamos sua colaboração.

Esclarecemos que o questionário é ANÔNIMO, não identifica o respondente, assim como a sua adesão à pesquisa é voluntária. Caso não deseje participar da pesquisa basta devolver o questionário sem respondê-lo.

Destacamos também que as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, assim como os resultados alcançados serão apresentados de forma global como forma de garantir o anonimato dos respondentes.

Sabendo da sua carga de trabalho, garantimos que responder os questionários não tomará mais do que alguns minutos. Após respondidos, estes deverão ser colocados no envelope e devolvidos ao responsável pela aplicação na sua Unidade.

Agradecemos a sua colaboração!

Cordialmente,

Profa. Maria Aparecida de Souza Melo  
Pesquisadora

## Escala de Medida do Desempenho – EMDES

As frases a seguir dizem respeito ao TRABALHO QUE VOCÊ DESENVOLVE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL (VISAM).

Responda os itens a seguir **ASSINALANDO COM UM X** a opção que corresponder à **FREQUÊNCIA** com que VOCÊ realizou **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** as tarefas descritas em cada uma das afirmativas.

Nos últimos 12 meses VOCÊ...	1. Nunca	2. Às vezes	3. Mensalmente	4. Semanalmente	5. Diariamente
1. Realizou ações com o objetivo de melhorar a saúde coletiva através de orientação sobre normas sanitárias.					
2. Ministrou palestra(s), treinamento(s) ou curso(s) para o setor regulado ou para a população em geral.					
3. Participou de comissões ou grupos de trabalho para a elaboração de normas técnicas de interesse da Vigilância Sanitária.					
4. Emitiu parecer técnico de assuntos relacionados à sua área de atuação.					
5. Analisou e/ou aprovou processos de cadastro e registro de produtos ou serviços.					
6. Procedeu rotineiramente à fiscalização sanitária com o objetivo de apurar infrações previstas na legislação vigente.					
7. Aplicou sistematicamente a legislação vigente para fins de controle sobre a produção, comércio, transporte, armazenamento e uso de substâncias entorpecentes, psicoativas, tóxicas, radioativas, agrotóxicas e outras afins.					
8. Fiscalizou os serviços e produtos sujeitos às normas de vigilância sanitária através da verificação da procedência, registro, notificação, processos de produção, condições de transporte, armazenamento e exposição à venda.					
9. Coletou amostras para análise fiscal, orientação ou controle da qualidade de produtos e serviços.					
10. Lavrou os termos de coleta de amostras realizadas.					
11. Procedeu à análise dos riscos envolvidos referentes às amostras coletadas.					
12. Notificou o responsável para apresentar defesa escrita ou requerer perícia de contraprova nos casos em que a análise fiscal concluiu pela condenação de qualquer amostra.					
13. Fiscalizou a adequação de embalagens, rótulos e propaganda de produtos e serviços sujeitos à fiscalização sanitária.					
14. Analisou e avaliou projetos arquitetônicos sujeitos à fiscalização sanitária.					

(Continuação...)					
Nos últimos 12 meses VOCÊ...	1. Nunca	2. Às vezes	3. Mensalmente	4. Semanalmente	5. Diariamente
15. Analisou e avaliou fluxo de produção e/ou manual de boas práticas sujeitos à fiscalização sanitária.					
16. Analisou e avaliou procedimentos operacionais padronizados e outros documentos sujeitos à fiscalização sanitária.					
17. Lavrou autos de infração com o objetivo de instaurar processos administrativos.					
18. Apreendeu ou interditou cautelarmente substâncias e produtos de interesse da saúde que apresentaram irregularidades consideradas como risco à saúde pública ou contrária à legislação vigente.					
19. Interditou cautelarmente estabelecimentos que desenvolvam o comércio, a industrialização, armazenamento ou distribuição de produtos ou prestação de serviços de interesse à saúde considerados como risco iminente à saúde pública.					
20. Realizou atividades de assessoramento ao seu superior ou colega de trabalho.					
21. Participou de treinamento(s) relacionado(s) à sua área de atuação.					

As frases a seguir falam a respeito de alguns aspectos do trabalho desenvolvido na Vigilância Sanitária Municipal (VISAM).

**NÃO SE TRATA DE COMO VOCÊ ACHA QUE DEVERIA SER, MAS DE COMO ACONTECEM ESSAS ATIVIDADES NESTE MUNICÍPIO.**

Responda os itens a seguir – **ASSINALANDO COM UM X** – a opção que corresponder ao seu grau de concordância com cada uma das alternativas relacionadas.

	1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
22. As fiscalizações realizadas neste município são feitas exclusivamente por servidores do quadro de fiscais sanitários.					
23. Com frequência e sempre que necessário, o Secretário Municipal de Saúde e/ou o Gestor da Vigilância Sanitária Municipal realizam atividades de monitoramento como forma de avaliar as atividades da VISAM.					



(Continuação...)					
	1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
24. Sempre é exibido o documento de identificação fiscal quando da execução das atividades de fiscalização.					
25. Neste município não existem problemas relacionados ao acesso dos fiscais sanitários aos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária.					
26. Os fiscais sanitários têm solicitado a intervenção da autoridade policial nos casos de oposição às inspeções.					
27. Todas as atividades de fiscalização são registradas em documento fiscal próprio a fim de caracterizar a ação fiscal.					
28. Os registros das atividades fiscais são feitos por meio informatizado.					
29. No caso de descumprimento de prazos contidos nas peças fiscais, bem como do prazo da prorrogação, é providenciada a lavratura do auto de infração e instaurado processo administrativo sanitário.					
30. A arrecadação proveniente de Taxa de Vigilância e Fiscalização Sanitária e das multas aplicadas é de uso exclusivo da Vigilância Sanitária Municipal com aplicação prioritária na melhoria da estrutura física e administrativa, transporte, ações educativas e capacitação para os servidores da VISAM.					
31. A VISAM dá oportunidade a todos para a realização de treinamentos.					
32. Os treinamentos realizados pelos servidores da VISAM têm resultado em melhoria no desempenho das tarefas.					
33. A remuneração dos fiscais inclui gratificação de insalubridade (10%).					
34. A remuneração dos fiscais inclui gratificação de função fiscalizadora (50%).					
35. Os fiscais escalados para trabalho noturno, fins de semana e feriados recebem remuneração adicional (horas extras).					

## **Escala de avaliação do contexto de trabalho – EACT**

(Mendes e Ferreira, 2006)

O objetivo da escala é coletar INFORMAÇÕES SOBRE COMO VOCÊ PERCEBE O SEU TRABALHO ATUAL.

Leia os itens a seguir e escolha – **ASSINALANDO COM UM X** – a alternativa que melhor corresponde À AVALIAÇÃO QUE VOCÊ FAZ DO SEU CONTEXTO DE TRABALHO.

	1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes	4. Frequentemente	5. Sempre
1. O ritmo de trabalho é acelerado.					
2. As tarefas são cumpridas com pressão temporal.					
3. A cobrança por resultados é presente.					
4. As normas para execução das tarefas são rígidas.					
5. Existe fiscalização do desempenho.					
6. O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas.					
7. Os resultados esperados estão fora da realidade.					
8. Falta tempo para realizar pausa de descanso no trabalho.					
9. Existe divisão entre quem planeja e quem executa.					
10. As condições de trabalho são precárias.					
11. O ambiente físico é desconfortável.					
12. Existe barulho no ambiente de trabalho.					
13. O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado.					
14. Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas.					
15. O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas.					
16. Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários.					
17. O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado.					
18. As condições de trabalho oferecem riscos à segurança física das pessoas.					
19. O material de consumo é insuficiente.					
20. As tarefas não estão claramente definidas.					
21. A autonomia é inexistente.					
22. A distribuição de tarefas é injusta.					
23. Os servidores são excluídos das decisões.					
24. Existem dificuldades na comunicação chefia-subordinado.					
25. Existem disputas profissionais no local de trabalho.					
26. Existe individualismo no ambiente de trabalho.					
27. Existem conflitos no ambiente de trabalho.					
28. A comunicação entre servidores é insatisfatória.					
29. As informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.					
30. Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional.					



## Escala de bases do comprometimento organizacional – EBACO

(Medeiros, C. A. F, 2003)

Levando em conta o seu sentimento, responda as afirmativas abaixo – ASSINALANDO COM UM X – a alternativa que melhor corresponde ao seu grau de concordância com cada uma delas.

	1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
1. Desde que me juntei a esta instituição, meus valores pessoais e os da instituição têm se tornado mais similares.					
2. A razão de eu preferir esta instituição em relação a outras é por causa do que ela simboliza, de seus valores.					
3. Eu me identifico com a filosofia desta instituição.					
4. Eu acredito nos valores e objetivos desta instituição.					
5. Eu não deixaria minha instituição agora porque eu tenho uma obrigação moral com as pessoas daqui.					
6. Mesmo se fosse vantagem para mim, eu sinto que não seria certo deixar minha instituição agora.					
7. Eu me sentiria culpado se deixasse minha instituição agora.					
8. Acredito que não seria certo deixar minha instituição porque tenho uma obrigação moral em permanecer aqui.					
9. Todo servidor deve buscar atingir os objetivos da instituição.					
10. Eu tenho obrigação em desempenhar bem minha função na instituição.					
11. O bom servidor deve se esforçar para que a instituição tenha os melhores resultados possíveis.					
12. O servidor tem a obrigação de sempre cumprir suas tarefas.					
13. Nesta instituição, eu sinto que faço parte do grupo.					
14. Sou reconhecido por todos na instituição como um membro do grupo.					
15. Sinto que meus colegas me consideram como membro da equipe de trabalho.					
16. Fazer parte do grupo é o que me leva a lutar por esta instituição.					
17. Se eu já não tivesse dado tanto de mim nesta instituição, eu poderia considerar trabalhar em outro lugar.					
18. A menos que eu seja recompensado de alguma maneira, eu não vejo razões para despender esforços extras em benefício desta instituição.					
19. Minha visão pessoal sobre esta instituição é diferente daquela que eu expresso publicamente.					
20. Apesar dos esforços que já realizei, não vejo oportunidades para mim nesta instituição.					
21. Procuro não transgredir as regras aqui, pois assim sempre manterei meu emprego.					

(Continuação...)	1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
22. Na situação atual, ficar com minha instituição é na realidade uma necessidade tanto quanto um desejo.					
23. Para conseguir ser recompensado aqui é necessário expressar a atitude certa.					
24. Farei sempre o possível em meu trabalho para me manter neste emprego.					
25. Se eu decidisse deixar minha instituição agora, minha vida ficaria bastante desestruturada.					
26. Eu acho que teria poucas alternativas se deixasse esta instituição.					
27. Uma das consequências negativas de deixar esta instituição seria a escassez de alternativas imediatas de trabalho.					
28. Não deixaria este emprego agora devido à falta de oportunidades de trabalho.					

## Escala de Estilo de Liderança – Inventário LICASO

A seguir é apresentada uma lista de itens que podem ser usados para **descrever o comportamento do seu “superior imediato”**. Não é um teste de sua capacidade ou de avaliação de seu superior. Simplesmente se pede que você descreva, tão precisamente quanto puder, o comportamento de seu superior. Por favor, indique o nível de concordância com cada uma das afirmações. Para alguns dos itens do questionário você pode ficar em dúvida sobre que resposta escolher. Escolha a resposta que mais de perto represente sua observação sobre o comportamento real de seu superior.

### **Atenção:**

Nós estamos interessados na MANEIRA DE SEU SUPERIOR IMEDIATO REALMENTE SE COMPORTAR, **não na maneira que você acha que ele deveria se comportar**. Por favor, não deixe nenhum item sem resposta.

Leia cuidadosamente cada uma das afirmativas e responda – **ASSINALANDO COM UM X** – o seu nível de concordância com cada uma delas.

		1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
<b>MEU SUPERIOR IMEDIATO...</b>						
1	Confia na minha capacidade de trabalhar sem supervisão.					
2	Comunica claramente sua visão do futuro.					
3	Não mostra favoritismo em relação a um indivíduo ou grupo de indivíduos.					
4	Não se comporta de forma compatível com os valores que prega.					
5	Fornece retorno positivo quando meu desempenho é bom.					
6	Mostra desaprovação quando o desempenho dos servidores está abaixo do padrão.					
7	Age sem considerar meus sentimentos.					
8	Encoraja os servidores a utilizarem seu potencial.					
9	Cumprimenta pessoalmente quando faço um trabalho importante.					
10	Encoraja os membros do grupo a orgulharem-se das realizações da instituição.					
11	Dá bons exemplos.					
12	Segue um código moral definido.					
13	Faz com que outros dentro da instituição saibam que realizei um trabalho importante.					
14	Faz aquilo que diz.					
15	Preocupa-se com meu bem estar pessoal.					
16	Não espera dos outros mais esforço do que ele próprio faz.					

(Continuação...)		1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
<b>MEU SUPERIOR IMEDIATO...</b>						
17	Cumpra suas obrigações.					
18	Faz com que eu pense em velhos problemas de novas maneiras.					
19	Lidera “fazendo” ao invés de “mandando”.					
20	Usa um padrão comum para avaliar todos os servidores.					
21	Faz com que eu estabeleça objetivos elevados para mim mesmo.					
22	Comunica uma visão excitante sobre o futuro da instituição.					
23	Tem idéias que me fazem repensar em coisas que nunca questionei antes.					
24	Considera meus sentimentos pessoais antes de ele agir.					
25	Raramente me elogia quando me saio bem.					
26	Critica os servidores não importa quão bom seja seu desempenho.					
27	Estimula-me a resolver problemas sozinho.					
28	Não segue a regra “faço aquilo que eu digo”.					
29	Responsabiliza-me por trabalho sobre o qual não exerço controle.					
30	Esclarece quem é o responsável pelas diferentes tarefas.					
31	Fornece orientação com relação ao meu trabalho.					
32	Elogia tanto quando me saio mal quanto quando me saio bem.					
33	Encoraja uma atitude positiva em relação ao trabalho a ser feito.					
34	Encoraja cooperação entre servidores.					
35	Esforça-se para estimular os servidores a respeito de seus sonhos sobre o futuro.					
36	Proporciona informações para que eu desenvolva minha capacidade profissional sempre que possível.					
37	Dá bom exemplo para que eu siga.					
38	Espera menos de mim do que outros superiores com quem trabalhei.					
39	Encoraja servidores a estabelecerem objetivos pessoais elevados para si mesmos.					
40	Mostra confiança em minha capacidade para contribuir com os objetivos desta instituição.					
41	Tem fortes convicções relativas às suas forças.					
42	Demonstra confiança total em mim.					
43	Estabelece objetivos para meu desempenho.					
44	Elogia igualmente servidor cujo desempenho é ruim e o que tem bom desempenho.					
45	Mostra um elevado grau de auto-confiança.					

(Continuação...)		1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
<b>MEU SUPERIOR IMEDIATO...</b>						
46	É objetivo, ajustando seu padrão ético para a situação presente.					
47	Verifica se os interesses dos servidores recebem necessária consideração.					
48	Encoraja os membros do grupo a utilizarem seu potencial profissional.					
49	Empenha-se em atingir metas difíceis.					
50	Mostra parcialidade em relação a alguns servidores.					
51	Espera obediência inquestionável por parte dos servidores.					
52	Encoraja os servidores a encarar mudanças como situações cheias de oportunidades.					
53	Mostra determinação quando realiza objetivos.					
54	Dá instruções sobre como devo realizar meu trabalho.					
55	Administra as recompensas de forma justa.					
56	Trata bem os que se dirigem a ele.					
57	Delega substancial responsabilidade à minha pessoa.					
58	Encoraja-me a trabalhar independentemente de supervisão.					
59	Não sabe para onde caminha nossa instituição.					
60	Ouve os conselhos daqueles que se dirigem a ele.					
61	Reconhece quando melhora a qualidade do meu trabalho.					
62	Comporta-se de forma a considerar minhas necessidades pessoais.					
63	Explica regras e procedimentos que os membros do grupo devem seguir.					
64	Encoraja-me a pensar positivamente sobre mim quando faço bem um trabalho.					
65	Sempre trata alguns servidores melhor do que outros.					
66	Diz coisas que me fazem ter orgulho de ser membro desta instituição.					
67	Faz esforço para romper as barreiras de comunicação entre os grupos de trabalho.					
68	Está verdadeiramente preocupado com o desenvolvimento e crescimento dos servidores.					
69	Assegura-se de que suas ações são sempre éticas					
70	Resolve atritos entre membros do grupo, no interesse da equipe.					
71	Encoraja-me a estabelecer sozinho meus objetivos.					
72	Chama minha atenção quando meu trabalho não está adequado.					

(Continuação...)		1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
<b>MEU SUPERIOR IMEDIATO...</b>						
73	Elogia quando faço um trabalho melhor do que a média.					
74	Mostra um grau elevado de respeito por mim.					
75	É otimista em relação ao futuro desta instituição.					
76	Explica o que se espera de cada membro do grupo.					
77	Trata os servidores de tal forma que resulte em desenvolvimento deles.					
78	Diz coisas positivas sobre o grupo.					
79	Ajuda-me a estabelecer meus próprios objetivos de desempenho.					
80	Não sacrifica ou compromete seus padrões morais.					
81	Não espera muito de mim em termos de desempenho.					
82	Desafia-me a re-examinar algumas de minhas opiniões básicas sobre meu trabalho.					
83	Tem compreensão clara de para onde estamos caminhando.					
84	Quando tenho um problema pede que eu encontre uma solução.					
85	Preocupa-se com as conseqüências de suas ações para com os outros.					
86	É amigável e acessível.					
87	Diz como devo fazer meu trabalho.					
88	Torna possível que eu participe de oportunidades de desenvolvimento profissional.					
89	Encara os obstáculos como desafios e não ameaças.					
90	Descreve novos projetos ou tarefas de forma animada.					
91	Serve aos interesses de seus servidores e não aos seus próprios interesses.					
92	Desempenha o papel de educador em sua relação com os servidores.					
93	Com freqüência não reconhece meu bom desempenho.					
94	Sabe claramente onde quer que nossa unidade esteja daqui a cinco anos.					
95	Verifica se os servidores são valorizados por seu trabalho.					
96	Comporta-se exemplarmente.					
97	Dá grande apoio para que eu estabeleça meus objetivos					
98	Encoraja as pessoas a encararem ambientes que se alteram, como situações cheias de oportunidades					
99	Faz coisas que tornam agradável ser membro do grupo.					
100	Não tira proveito pessoal das realizações dos outros.					



(Continuação...)		1. Discordo totalmente	2. Discordo em parte	3. Em dúvida	4. Concordo em parte	5. Concordo totalmente
<b>MEU SUPERIOR IMEDIATO...</b>						
101	Salienta a importância de atingir objetivos de trabalho.					
102	Ouve conselhos dos servidores.					
103	Fornecer retorno para que os servidores desenvolvam suas habilidades.					
104	Desafia os servidores a serem inovadores em suas atividades no trabalho.					
105	Encoraja-me a melhorar continuamente meu desempenho.					
106	É persistente na busca dos objetivos.					
107	É justo.					
108	Dá motivos para que sejamos otimistas em relação ao futuro.					
109	Envolve os servidores na solução conjunta dos problemas do grupo.					
110	Explica aos membros do grupo a autonomia de ação de cada um.					
111	Mostra orgulho pelas realizações do grupo.					
112	Reconsidera decisões, tomando por base as recomendações dos servidores.					
113	Fornecer treinamento e instrução para desenvolver as habilidades dos servidores.					
114	Encoraja o trabalho de equipe entre os membros do grupo.					
115	Espera muito dos servidores.					
116	É confiável.					
117	Trabalha duro para assegurar que os membros do grupo trabalhem em conjunto.					
118	Comunica expectativas de alto desempenho aos membros do grupo.					
119	Antes de tomar decisões, considera seriamente o que os servidores têm a dizer.					
120	Salienta a importância do trabalho de alta qualidade.					
121	Encoraja os servidores a pensar por conta própria.					
122	Permite que os servidores tenham influência sobre a tomada de decisões importantes.					
123	Encoraja os servidores a colocarem os interesses da instituição à frente dos próprios interesses.					
124	Insiste em obter o melhor desempenho.					

### Características demográficas e funcionais

**ASSINALE COM UM X SOMENTE UMA RESPOSTA** para cada um dos itens a seguir que caracterize SEUS dados demográficos e funcionais

<b>1. Sexo</b> a) (    ) Masculino                      b) (    ) Feminino		
<b>2. Faixa de idade</b> a) (    ) Até 25 anos                      b) (    ) De 26 a 30 anos                      c) (    ) De 31 a 35 anos d) (    ) De 36 a 40 anos                      e) (    ) De 41 a 45 anos                      e) (    ) Mais de 45 anos		
<b>3. Estado Civil</b> a) (    ) Solteiro(a)                      b) (    ) Casado(a)/Vive junto                      c) (    ) Viúvo(a) d) (    ) Separado                      e) (    ) Outros		
<b>4. Maior nível de escolaridade</b> a) (    ) Ensino Fundamental (1º grau) incompleto b) (    ) Ensino Fundamental (1º grau) Completo c) (    ) Ensino Médio (2º grau) incompleto d) (    ) Ensino Médio (2º grau) completo e) (    ) Ensino Superior (Graduação) incompleto f) (    ) Ensino Superior (Graduação) completo g) (    ) Pós-graduação incompleta h) (    ) Pós-graduação completa		
<b>5. Tempo que você faz parte da Vigilância Sanitária Municipal (VISAM):</b> a) (    ) Até 1 ano                      b) (    ) Entre 1 e 5 anos                      c) (    ) Entre 5 e 10 anos d) (    ) Entre 10 e 15 anos                      e) (    ) Mais de 15 anos		
<b>6. Na Vigilância Sanitária Municipal (VISAM) você exerce atualmente alguma atividade de coordenação, supervisão ou gerência da equipe?</b> a) (    ) Sim b) (    ) Não		
<b>7. O seu vínculo empregatício com a Vigilância Sanitária Municipal (VISAM) é:</b> a) (    ) Servidor efetivo da VISAM b) (    ) Servidor efetivo de outros órgãos do Município ou do Estado c) (    ) Servidor temporário ou contratado d) (    ) Servidor comissionado e) (    ) Outro. Especificar: _____		



**Anexo 6 – Consolidado dos principais resultados obtidos frente aos objetivos específicos do estudo**

Objetivo Específico	Construir e validar os instrumentos para a medida das variáveis
<p>✓ Questionário Caracterização do Trabalho (CT)</p> <p>✓ Escala de Medida do Desempenho (EMDES)</p> <p>✓ Instrumentos suficientemente válidos e confiáveis como medida da qualidade do serviço da VISAM</p>	

Objetivo Específico	Descrever as condições de estruturação do trabalho da VISAM
<p>Artigo 1 – Estrutura e funcionamento da vigilância sanitária de municípios goianos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carências na estrutura legal, física, de recursos materiais e administrativa e operacional</li> <li>• Menores resultados positivos → Dimensão gestão de pessoas</li> <li>• Avanços nas ações integradas com outros órgãos</li> <li>• Tendência de evolução nas dimensões estudadas</li> <li>• Ações de monitoramento implantadas em pouco mais metade das VISAM estudadas</li> <li>• Resultados compatíveis com outros estudos (Garibotti et al. 2006, Juliano e Assis 2004, Marangon et al. 2009, Michaloski 2008, Leal e Teixeira 2009)</li> </ul>

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Verificar os níveis de comprometimento organizacional e associações com as características pessoais e profissionais da amostra</b>
----------------------------	---

Artigo 2 –  
Comprometimento  
organizacional de  
trabalhadores da  
vigilância sanitária  
municipal

- Alto comprometimento em obrigação pelo desempenho e baixa percepção de escassez de alternativas
- Alto comprometimento afetivo → fiscais na faixa entre 41 a 45 anos e com graus de escolaridade mais baixos
- Menor comprometimento em obrigação em permanecer entre os fiscais com nível superior e pós-graduação e com contrato efetivo com a VISAM
- Grupo de gestores → Comprometimento afiliativo acima da média
- As diferenças ocorreram de formas diversas, compatíveis (p.ex. Nogueira 2011, Holleben 2012, Campos 2011, Kuabara e Sachuk 2010, Pena 2009, Halla 2010, Sousa 2010) e, às vezes incompatíveis com outros estudos (p.ex. Salgado 2008, Alves 2011)

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Analisar a estruturação da VISAM nos municípios amostrais focalizando em seus processos de trabalho, as condições e organização do trabalho, as relações socioprofissionais, o estilo de liderança dos gestores e os resultados da gestão de pessoas e processos, bem como relacionar estas avaliações entre si</b>
----------------------------	--

Artigo 3 – Liderança, contexto de trabalho e desempenho: uma avaliação na percepção de trabalhadores da vigilância sanitária

Avaliação da gestão de pessoas e processos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concordâncias e Discordâncias</li> </ul>
Contexto de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização e condições do trabalho críticas e relações socioprofissionais no limite</li> </ul>
Liderança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maiores médias: Confiança nos seguidores, Autoconfiança e determinação, Modelagem de papel e Integridade</li> <li>• Piores média: Estímulo intelectual</li> </ul>
Melhores condições de trabalho e mais forte a liderança carismática e instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhores resultados da gestão de pessoas e processos</li> </ul>
Preditores dos resultados da gestão de pessoas e processos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto de trabalho (Condições de trabalho, Organização do trabalho e Relações socioprofissionais) e Liderança (Autoconfiança e determinação, Orientação ao desempenho e Compartilhar o poder) → explicam 20% da variância</li> </ul>

Objetivo específico	Avaliar em que medida as características estruturais e funcionais da VISAM, na amostra estudada, e de algumas variáveis socioeconômicas dos municípios inseridos no estudo se relacionam com os coeficientes de detecção média anual de doenças e agravos de notificação compulsórios
---------------------	---

#### Artigo 4 – Fatores estruturais e funcionais da vigilância sanitária municipal, índices socioeconômicos dos municípios e sua relação com a notificação de doenças

Associações intrigantes entre a Caracterização do Trabalho da VISAM, Indicadores socioeconômicos e Coeficiente de Detecção de Doenças

- **Negativas:** Veículos → Dengue; Planejamento → Hepatites Virais; Ações de educação e comunicação → Leishmaniose Visceral; Taxa de alfabetização → Hanseníase e Leishmaniose Tegumentar Americana; Malária e Meningites → Taxa de mortalidade infantil
- **Positivas:** Sistema Notivisa implantado → AIDS; Estrutura Legal → Hepatites e Atendimento antirrábico; IDHM, IDHM Educação, IDHM Renda, Nº de hospitais e leitos → AIDS e Dengue

Maiores taxas de doenças associadas às melhores médias nas avaliações e aos melhores indicadores socioeconômicos

- Sugerem menores taxas de subnotificações de doenças e maior aproximação da realidade local

Aumento da frequência de fiscalização sem associação com a redução do coeficiente de doenças e agravos

- Fato pode estar atrelado a pressões políticas (CONASS 2007), ao clientelismo (Paim & Teixeira 2007) → as fiscalizações não resultem em efeitos efetivos na prevenção e proteção dos riscos sanitários