



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF.
FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

NATÁLIA BARROS LOPES

**REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM
PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO**

RECIFE

2017

NATÁLIA BARROS LOPES

**Regionalização da Vigilância em Saúde em Pernambuco: um
estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Eronildo Felisberto

Coorientador: Prof. Ana Coelho de Albuquerque

RECIFE

2017

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-002/2018
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

L864r Lopes, Natália Barros

Regionalização da vigilância em saúde em pernambuco: um estudo de caso / Natália Barros Lopes. Orientador: Eronildo Felisberto; Coorientadora: Ana Coelho de Albuquerque. – Recife : Do Autor, 2017.

68 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2017.

1. Avaliação em saúde. 2. Regionalização. 3. Vigilância em saúde. I. Felisberto, Eronildo, Orientador. II. Albuquerque, Ana Coelho de, Coorientadora. III. Título

CDD 614.068

NATÁLIA BARROS LOPES

**Regionalização da Vigilância em Saúde em Pernambuco: um
estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: 19 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

PETRÔNIO MARTELLI

Universidade Federal de Pernambuco

LUCIANA DUBEUX

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

ERONILDO FELISBERTO

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas bênçãos a mim concedidas.

*À minha mãe, **Maria de Lourdes** pelo amor e por sempre me incentivar a ir em busca dos meus sonhos.*

*Ao meu pai, **José Moacir**, pelo amor e apoio incondicional.*

*Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, **Adeilson, Alleson, Luana, Deize, Isadora e Giovanna** pelo companheirismo, apoio e carinho. Sempre posso contar com vocês.*

*Ao Prof. **Eronildo Felisberto**, pela orientação, contribuição e incentivo; por ser uma referência de disciplina e compromisso.*

*À Prof. **Ana Coelho de Albuquerque**, por ter sido um verdadeiro anjo da guarda durante todo o processo de construção desse estudo, sempre disposta a me orientar e apoiar; pelo exemplo de dedicação profissional. Com todo o meu carinho e admiração.*

*Aos meus colegas de turma, por participarem desse momento tão importante, em especial as amigas '**50 reais**', pelo apoio nos momentos de desespero, pelo carinho e pelos maravilhosos momentos de alegria que passamos juntas. O meu muito obrigada!*

A todos do Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) pelo apoio, ensinamentos e possibilidade de realização do Curso de Mestrado.

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, em especial a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde pela contribuição.

Aos Diretores Gerais da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e aos Coordenadores de Vigilância em Saúde das Gerências Regionais de Saúde do estado de Pernambuco que consentiram a participar deste estudo.

*Ao meu noivo **Junior**, pelo carinho e paciência quando precisava passar noites em claro; pela companhia nas viagens durante a coleta de dados. Obrigada meu amor!*

*As minhas queridas amigas **Maria Paula, Michelly, Kássia, Karla e Geni** pelo carinho, força e apoio.*

A todos que contribuíram direta ou indiretamente na realização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: As ações de Vigilância em Saúde (VS) precisam ser planejadas regionalmente, pois é sabido que características socioeconômicas, culturais, ambientais, entre outras, interferem no risco de ocorrência de determinadas doenças e agravos. Contudo, para que essas ações ocorram de maneira regionalizada, é necessário que a VS possua estrutura adequada, além de processos bem definidos, a fim de abranger todo o arcabouço proposto nos documentos normativos. **Objetivo:** Avaliar a implantação da VS regionalizada no Estado de Pernambuco. **Método:** Realizou-se uma avaliação tipo normativa, com abordagem quantitativa para as dimensões de estrutura e processo da VS regionalizada com a medição do grau de implantação (GI) da VS nas 04 sedes de macrorregiões de saúde de Pernambuco. Para coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado obtido por meio da construção da matriz de julgamento aplicada aos informantes chave do nível regional, bem como realizou-se entrevistas com os informantes chave do nível central e regional. Definiu-se o GI para cada componente de acordo com os seguintes critérios: $\geq 80\%$ (implantado), 51% a 79% (parcialmente implantado), $\leq 50\%$ (não implantado). **Resultados:** O GI da VS regionalizada em Pernambuco variou de acordo com os seus componentes para cada região: na dimensão estrutura todas as regiões foram classificadas como parcialmente implantado, na dimensão processo as regiões RI e RIII foram classificadas como parcialmente implantado, e as regiões RII e RIV classificadas como implantado. Considerando esses componentes, a VS regionalizada em Pernambuco foi classificada como parcialmente implantada. **Conclusão:** Apesar dos avanços obtidos com as publicações de normas e portarias, e do apoio do nível central, a regionalização da VS no Estado de Pernambuco ainda encontra-se incompleta. Os resultados desse estudo apresentam potencial de aplicabilidade para a gestão dos serviços de saúde, contribuindo como um referencial para o fortalecimento das ações de VS em nível regional, especialmente no que diz respeito à estrutura e aos processos organizacionais necessários.

Palavras chaves: Regionalização; Vigilância em Saúde Pública; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The planning of Health Surveillance (HS) actions need to take into account the region where they are about to be implemented once it's known that socioeconomic, cultural, environmental, among other characteristics impact the risk of occurrence of certain diseases. However, for such actions happen on a regional basis it's necessary that the HS has suitable structure in addition to well defined process in order to comprehend every element proposed in the normative documents. **Objective:** Evaluate the implementation of regionalized HS in the state of Pernambuco. **Method:** A normative evaluation was executed using a quantitative approach to the structure and process dimensions of the regionalized HS with the measurement of the degree of implantation (DI) of the HS in the four health macro-regions head quarters of Pernambuco. Data acquisition was carried out through a semi-structured questionnaire made from a pairwise comparison matrix applied to key staff at regional level, and interviews were conducted with key staff at the central and regional level. The DI was defined for each component according to the following criteria: $\geq 80\%$ (implemented), 51% a 79% (partially implemented), $\leq 50\%$ (not implemented). **Results:** The DI of the regionalized HS in Pernambuco varied according to its components for each region: In the structure dimension all regions were classified as partially implemented, in process dimension regions RI and RIII were classified as partially implemented, and regions RII and RIV were classified as implemented. Considering these components, the regionalized HS in Pernambuco was classified as partially implemented. **Conclusion:** Despite all the progress obtained with norms and ordinances, and the support of the central level, the regionalized HS in the state of Pernambuco is still insufficiently incomplete. The results of this study show potential applicability for the management of health services, contributing as a reference for the strengthening of VS actions at the regional level, especially regarding the organizational structure and processes required. **Key words:** Regionalization; Public Health Surveillance; Health Evaluation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIEVS/MS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CT	Câmaras Técnicas
DEMAGS	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
EIC	Entrevista com Informante Chave
GC1	Gestor Central 1
GC2	Gestor Central 2
GC3	Gestor Central 3
GERES	Gerência Regional de Saúde
GI	Grau de Implantação
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB	Norma Operacional Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PES	Plano Estadual de Saúde
PPI -ECD	Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de doenças
PPI - VS	Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RESS	Revista Epidemiologia e Serviços
RH	Recursos Humanos
RI	Região de estudo I
RII	Região de estudo II
RIII	Região de estudo III
RIV	Região de estudo IV
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SIM	Sistemas de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistemas de Informação de Agravos e Notificação
SINASC	Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1 - Divisão regional do Estado de Pernambuco e população estimada 2014. **28**

Quadro2 - Descrição das portarias/instruções normativas utilizadas para construção do modelo lógico da vigilância em saúde regionalizada **30**

Figura 1 - Modelo Lógico da Vigilância em Saúde regionalizada. Pernambuco, 2017. **32**

Figura 2 - Matriz de análise e julgamento da Vigilância em Saúde regionalizada. Pernambuco, 2017. **36**

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL	14
1.2 A AVALIAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	21
II. JUSTIFICATIVA.....	25
III. OBJETIVOS.....	26
3.1 OBJETIVO GERAL:	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	26
IV. MÉTODO	27
4.1 DESENHO DO ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 PERÍODO DO ESTUDO	29
4.4 ETAPAS DO ESTUDO	29
4.4.1 MODELO LÓGICO	29
4.4.2 MATRIZ DE JULGAMENTO	35
4.6 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	39
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
V. RESULTADOS	41
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
VII. REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE 1 ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	55
APÊNDICE 2 QUESTIONÁRIO – NÍVEL REGIONAL	56
APÊNDICE 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - ENTREVISTA	64
APÊNDICE 4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - QUESTIONÁRIO.....	65
ANEXO 1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	66
ANEXO 2 CARTA DE ANUÊNCIA	68

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde do **Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)** que se propõe a desenvolver atividades de formação e pesquisa no campo da gestão e da avaliação em saúde, na perspectiva de contribuição para o fortalecimento institucional e na melhoria do desempenho do sistema de saúde.

Este estudo tem como finalidade avaliar a implantação da Vigilância em Saúde (VS) em quatro regiões de saúde do estado de Pernambuco no ano de 2017. Com ela pretende-se: caracterizar a estrutura e os processos de organização da VS em quatro regiões de saúde de Pernambuco; identificar os fatores favoráveis e/ou desfavoráveis ao processo de regionalização da VS no estado, no que diz respeito à estrutura e organização; e determinar o grau de implantação da VS no âmbito regional.

A introdução descreve como se deu o processo de regionalização das ações e serviços de saúde em âmbito nacional, descrevendo os principais marcos históricos desse processo. Trata, ainda, a respeito da evolução da VS, descrevendo os principais atos normativos que contribuíram para a construção da VS, correlacionando-a com o processo de regionalização no Brasil. Por fim, foram descritos os principais marcos da avaliação na área de saúde no Brasil, e tópicos a respeito da avaliação com foco na análise de implantação.

No percurso metodológico, primeiramente delimitou-se o objeto de estudo com a construção do modelo lógico da VS em âmbito regional. Em seguida foi construída a matriz de julgamento, a partir da qual elaborou-se um questionário semiestruturado que foi aplicado aos coordenadores de vigilância em saúde das quatro regiões de saúde de

Pernambuco selecionadas. Ainda, foi elaborado um roteiro de entrevista, o qual foi aplicado a três diretores da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) e aos coordenadores das regionais.

A justificativa esclarece a necessidade de se obter conhecimentos a respeito da conformação da VS e da identificação de problemas e/ou dificuldades no processo de regionalização da VS, à medida que esta institui-se como parte integrante do processo de regionalização.

Nas demais sessões serão encontradas: os objetivos, os resultados e a discussão que serão apresentados em formato de artigo a ser submetido à revista científica Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS); as considerações finais; as referências; os apêndices e os anexos.

I. INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por inúmeras transformações desde a sua criação. A descentralização das ações de saúde foi definida como um dos princípios organizativos do sistema, tendo como base, inicialmente, a municipalização e, posteriormente, a ênfase na regionalização¹.

É imprescindível que as ações e serviços de saúde sejam organizados de maneira regionalizada de forma a garantir maior eficiência, escala e escopo adequados na oferta de serviços, a fim de que sejam atendidos aos princípios da equidade e da integralidade². Além disso, entende-se que um sistema descentralizado é capaz de agregar maior participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, e tem a finalidade de torná-los mais adequados as necessidades da população³.

Nesse sentido, a Vigilância em Saúde (VS) deve colaborar para a reorientação dos serviços, principalmente pelo seu potencial na produção de informação sobre os determinantes da saúde, o que subsidia o controle social, a supervisão de políticas e ações nas esferas econômica, social, política e cultural, além da mobilização da população no sentido da promoção da saúde^{4,5}.

Encontra-se na literatura vários estudos que abordam o tema regionalização em seus mais variados aspectos. Will e colaboradores⁶ analisaram a experiência da regionalização da rede de vigilância laboratorial no estado da Bahia, enquanto Oliveira⁷ propôs a construção de um modelo lógico da regionalização no SUS. Entretanto, ainda é incipiente o número de trabalhos que abordem VS no âmbito da regionalização. Dessa maneira, tendo por base a descrição normativa do processo de regionalização da VS, este trabalho tem o propósito de avaliar a estrutura e os processos de organização

envolvidos na conformação da VS nas regiões de saúde de Pernambuco, o que proporcionará a ampliação do conhecimento acerca da VS em âmbito regional e possibilitará a identificação de aspectos que podem influenciar no processo de consolidação da regionalização da VS, buscando contribuir para o seu aperfeiçoamento enquanto política regionalizada.

1.1 O processo de regionalização das ações de Vigilância em Saúde no Brasil

Apesar de, ainda na década de 80, a Constituição Federal Brasileira, instituir que as ações e serviços públicos de saúde devessem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, a trajetória da descentralização dos serviços de saúde do SUS passou inicialmente por um processo de municipalização⁸.

A formulação de uma Vigilância que se adequasse à necessidade de reorganizar os serviços de saúde teve grande importância nos debates que marcaram o processo de construção e implantação do SUS⁹. Nessas discussões, incluiu-se a necessidade de reformulação e fortalecimento da área de Vigilância no sentido de avançar na elaboração e implantação de modelos assistenciais na perspectiva da universalização, da integralidade, e da descentralização¹⁰.

O primeiro movimento de descentralização das ações foi iniciado a partir da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 e 01/96, que redefiniram as funções e competências das três esferas de governo com relação à gestão, organização e prestação de serviços¹¹.

A partir da publicação da NOB SUS 01/96 a estratégia de descentralização da Vigilância tornou-se mais clara, após se constatar a necessidade de avançar no processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, uma vez que as ações de VS foram abordadas de forma superficial na NOB 01/93. A NOB 96 abrange

um modelo assistencial que foca na valorização da qualidade de vida da população, e que contribui para a estruturação da visão coletiva e de articulação¹². Essa norma ainda possibilitou que estados e municípios optassem pelo nível de gestão a se credenciar, definindo diferentes graus de responsabilidades pela assistência à saúde⁶.

Esse fato levou à criação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), que teve como finalidade estabelecer um conjunto de atividades e objetivos para o controle de doenças, bem como estimular o desenvolvimento da VS nos níveis estadual e municipal¹³. Apesar da proposta da PPI, em estudo realizado por Albuquerque e colaboradores⁹, alguns gestores afirmaram que as ações pactuadas pelos municípios na PPI-ECD partiam do Ministério da Saúde como “um pacote pronto a ser cumprido”, sem levar em consideração as diferenças de cada município.

A promulgação da NOB 96 também estabeleceu a criação de uma modalidade exclusiva de financiamento da VS, que possibilitou a descentralização da VS com transferência direta e regular de recursos. Essa mudança no modelo de transferência de incentivos foi um grande impulsionador do processo de descentralização da Vigilância⁹.

Entretanto, analisando suas formulações, é possível observar que o processo de descentralização de poder e de recursos para estados e municípios teve um caráter predominantemente municipalista¹¹. Esse processo de municipalização revelou dificuldades enfrentadas pelos municípios principalmente com relação à infraestrutura e capacidade de gestão². Coriolano¹⁴, ao analisar o processo de municipalização do município de Juazeiro do Norte, identificou como dificuldades desse processo uma insuficiência de recursos no setor, revelando problemas de saúde de distintas complexidades de resolução, além de identificar uma sobrecarga no atendimento

ocasionado pela existência de uma população flutuante à medida que os recursos destinados à manutenção eram calculados de acordo com a população fixa.

O processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios promoveu algumas vantagens ao sistema de saúde como, por exemplo, a expansão dos serviços. Todavia, essa expansão também resultou em intensa fragmentação, com consequente perda da qualidade, devido à pouca economia de escala e escopo, e ausência de articulação regional entre os serviços¹⁵.

Acredita-se que a ampliação da oferta pode levar a uma redução na economia de escala, pois a produção de determinados serviços por parte de alguns municípios de menor porte é incompatível com a demanda do município. Sendo assim, uma descentralização exagerada pode ocasionar uma ineficiência na oferta de serviços, aumentando os gastos sem promover necessariamente uma melhora na qualidade dos serviços prestados¹⁶.

Tendo em vista as dificuldades apresentadas pela NOB 96 no estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, de hierarquia e de integração dos serviços de saúde apontadas por Campos¹⁷, e com o objetivo de aprimorar ainda mais o processo de descentralização, foi publicada a NOAS 2001, a qual incorpora a noção de VS em âmbito municipal, e instituiu como requisito para habilitação dos municípios em qualquer uma das modalidades apresentadas, a estruturação e o bom funcionamento da Vigilância Sanitária¹⁸. Essa norma buscou o aprofundamento da descentralização, com ênfase na regionalização e trouxe em si a possibilidade de se construir sistemas de saúde de maneira que ultrapassem os limites municipais, de forma que municípios de pequeno porte alcancem a integralidade do cuidado¹¹.

Essa norma teve ainda por finalidade estimular o fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), de forma que estas assumissem a coordenação do

processo de regionalização, além de ampliar as responsabilidades dos municípios para garantir acesso aos serviços e reorganizar a atenção, tendo como eixo norteador a regionalização, o que promoveu uma recentralização da gestão. A NOAS/2001 buscou a reorientação do modelo de assistência a partir da regionalização cooperativa, estimulando o planejamento regional no âmbito dos estados^{11, 15}.

A NOAS/2001 também instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso a todos os níveis de complexidade, o mais próximo da sua residência, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais¹⁹.

No nível federal, a reestruturação da vigilância iniciou em 2003 com a transformação do CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia) em Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), diretamente vinculada institucionalmente ao Ministério da Saúde¹³, o que o proporcionou a reorganização da área de epidemiologia e controle de doenças, ficando essa secretaria responsável por todas as ações executadas pelo SUS na área de VS^{20, 21}. Segundo Teixeira¹⁰ a criação da SVS, pode ser considerada como um avanço para o desenvolvimento do SUS. Como consequência da criação da SVS, uma nova regulamentação da NOB SUS 96 foi publicada em 2004, a Portaria nº 1.172 do Ministério da Saúde, proporcionando um ambiente institucional para a discussão e promoção da descentralização da vigilância nas três esferas de gestão, incorporando a epidemiologia e controle de doenças no conceito mais amplo de VS²².

Com o objetivo de qualificar e implementar o processo de descentralização e, na perspectiva de superar os desafios existentes no sistema público de saúde, em 2006 foi

aprovado o Pacto pela Saúde, publicado por meio da Portaria Ministerial nº 399 de 22 de dezembro de 2006, que consiste na pactuação de responsabilidades no campo da gestão e da atenção à saúde, possibilitando a efetivação de acordos entre as três esferas de governo, substituindo acordos casuais por pactuações obrigatórias, além de permitir a redefinição de responsabilidades coletivas por resultados de saúde em função das necessidades de saúde da população^{20, 23}.

O Pacto pela Saúde, entre outras, define as responsabilidades de cada ente federado no processo de regionalização de forma a contribuir para o fortalecimento das ações regionalizadas. Este possibilitou avançar no processo normativo da VS, em consonância com os princípios de descentralização e regionalização do SUS, à medida que este estabelece como diretriz política a regionalização, e instituindo o bloco de financiamento da VS, o qual passa a ser transferido diretamente aos municípios em parcelas mensais. Também responsabiliza os municípios pelas ações de Vigilância, e institui a Programação Pactuada Integrada de Vigilância a Saúde (PPI-VS), propondo aos municípios o monitoramento e avaliação das ações de VS, por meio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais²⁴. O acompanhamento dos indicadores de VS, com a avaliar constante destes, é considerado extremamente relevante, à medida que podem subsidiar a elaboração de planos, de forma a alcançar determinados objetivos²².

Assim, o Pacto pela Saúde radicalizou a descentralização de atribuições do MS para estados e municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos, e reforçando a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas²⁴.

Posteriormente, com o objetivo de reestruturar e fortalecer o SUS de forma a promover com maior eficiência as ações de saúde de maneira regionalizada, além de dar

transparência a essa estrutura, garantindo maior segurança na definição de responsabilidades dos entes federativos e para que o cidadão pudesse de fato conhecer os serviços ofertados pelas regiões de saúde, foi publicado no ano de 2011 o Decreto 7.508 que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90. Esse Decreto definiu e aprofundou os conceitos de regionalização, hierarquização, e contratos entre os entes públicos, e instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR)²⁵.

De acordo com este decreto, as regiões de saúde deverão ser instituídas pelos estados em articulação com os municípios e estas deverão ser referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, visando otimizar os recursos disponíveis e promover ações de saúde integradas de forma regionalizada e hierarquizada. Este ainda define que o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados serão pactuados pelas CIR, CIB e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²⁵.

Este decreto trouxe novos arranjos para o processo de regionalização, estabelecendo que a VS deva compor o elenco mínimo de ações para instituição das regiões de saúde como requisito para a ação de forma regionalizada. Esse decreto trouxe um excelente espaço de planejamento e gestão dos serviços de saúde no qual a VS se incorpora no conjunto essencial das funções do SUS, a saber, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços em uma região de saúde. O mesmo tem como finalidade a garantia da integralidade da assistência aos usuários, no qual a oferta de ações e serviços de VS, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional devem ser contempladas^{25, 26}.

Considerando o decreto anterior e diante da necessidade de redefinir novas diretrizes para o financiamento da VS, em 2013 foi publicada a Portaria Ministerial nº 1.378²⁷. Essa portaria amplia o escopo das ações de VS, potencializando o processo de

descentralização junto a estados e municípios de acordo com o Pacto pela Saúde. Propõe a coordenação entre as ações de vigilância e as demais ações desenvolvidas no SUS com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde, incluindo abordagem em âmbito regional. Também apresentou avanços quanto ao modo de financiamento federal da VS, aumento dos valores repassados para a área de Vigilância e Promoção da Saúde, diminuindo a desigualdade dos repasses até então existentes, e a simplificação e redução do número de incentivos anteriormente vigentes, que representavam uma fragmentação e geravam dificuldades na gestão desses recursos²⁰. Segundo Guimarães²⁸, além de definir os próximos passos para a VS no Brasil e definir mudanças na posição que a VS ocupa essa portaria também transpassa a capacidade federal de operacionalização da VS.

Em Pernambuco, o processo de fortalecimento da regionalização foi iniciado em 2009, pela necessidade de redefinir a conformação territorial no âmbito das regiões de saúde de modo a subsidiar a organização dos serviços a serem ofertados de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva²⁹. Com a finalidade de efetivar a regionalização, o Plano Estadual de Saúde (PES) publicado por meio da Resolução nº 420, de 16 de fevereiro de 2009, contemplou o PDR, instituindo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Câmaras Técnicas (CT) ³⁰.

No entanto, em pesquisa realizada por Santos³¹, alguns entrevistados relataram que o PDR não garantiu a efetivação da regionalização. E apesar de ter sido discutido e publicado, existem fragilidades quanto ao financiamento e aos recursos humanos.

Segundo Guimarães³² apesar do conhecimento sobre a regionalização por parte dos gestores do estado de Pernambuco, sua operacionalização ainda é incipiente por apresentar, entre outras, dificuldades com relação a recursos humanos e má estruturação da rede de serviços, indicando a necessidade de acompanhamento desse processo.

Além disso, alguns estudos apontam que a VS no estado de Pernambuco apesar de apresentar fragilidades, tem evoluído. Costa³³ em estudo sobre o desempenho estadual da VS identificou dificuldades em algumas dimensões, entretanto também apontou estratégias para sua melhoria.

A evolução normativa da VS acima descrita busca subsidiar a operacionalização da vigilância no sentido de valorizar os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde a partir da delimitação das áreas de abrangência e influência desses serviços, além do mapeamento da região a partir do perfil epidemiológico da população à medida que características socioeconômicas, culturais, ambientais, entre outras, interferem no risco de ocorrência de determinados agravos à saúde, muitas vezes ultrapassando os limites dos municípios^{34, 5}. Segundo Lima³⁵ a conformação de uma rede de serviços de saúde hierarquizada e regionalizada, possibilita o conhecimento dos problemas de saúde com vistas à resolutividade destes, a partir de uma área delimitada, favorecendo assim, as ações de VS saúde da população em todos os níveis de complexidade.

Destarte, para execução da VS de maneira regionalizada, é necessário que essa possua uma estrutura e processos operacionais adequados para o desenvolvimento das ações, objetivando abranger todo arcabouço proposto nos documentos normativos legais do SUS, os quais, por sua vez, devem oferecer condições para o alcance dos indicadores pactuados, viabilizando a qualidade da gestão do SUS.

1.2 A avaliação na área da saúde

Segundo Champagne e colaboradores³⁶ avaliar consiste em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção de maneira que os diversos atores envolvidos sejam capazes de emitir opinião sobre a intervenção para que possam construir um julgamento

que, posteriormente, se transforme em ações. Dessa maneira, a avaliação está relacionada com a capacidade de gerir informações com o objetivo de orientar as intervenções para determinados objetivos, permitindo também contribuir para a formulação de políticas buscando a garantia da efetividade, da eficiência, da responsabilidade, da democracia e da confiança da população³⁷.

Com a finalidade de promover e consolidar o processo de gestão é possível observar um movimento com a intenção de motivar a institucionalização da avaliação no âmbito das organizações de saúde³⁸. No Brasil, os processos relativos à avaliação em saúde ainda se apresentam incipientes, e possuem aspecto predominantemente burocrático e punitivo, dando pouco ou nenhum subsídio a gestão e ao planejamento³⁹.⁴⁰. Entretanto, têm sido desenvolvidas várias iniciativas voltadas para a avaliação em saúde, como pesquisas acadêmicas e pesquisas avaliativas financiadas pelo MS com a finalidade de contribuir com a construção de programas e políticas de saúde⁴⁰.

Uma dessas iniciativas foi o projeto PROADESS (Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde), lançado em 2003, que surgiu como proposta para avaliar o sistema de saúde brasileiro, buscando definir as dimensões a serem avaliadas e os indicadores a serem utilizados⁴¹. A proposta de avaliação desse projeto considera que o desempenho dos serviços de saúde está intimamente associado à estrutura do sistema, e este deve ser analisado levando em conta o contexto político, social e econômico⁴². Nesse cenário, seriam identificados os determinantes de saúde considerados prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção dando importância ao impacto destes nos diversos grupos sociais, permitindo dessa forma, o conhecimento da relevância desses problemas em diferentes regiões e grupos sociais, de maneira que oriente a avaliação do sistema de saúde⁴³.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (CAA/ DAB), também a partir de 2003, passou a desenvolver ações com o intuito de promover a institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica à saúde, definindo um modelo lógico para a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde com foco nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no gestor federal da Atenção Básica, e nas instituições de ensino e pesquisa^{44, 45}.

Destacando-se como mais uma iniciativa para a institucionalização da avaliação, foi criado em 2006 o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS), que surgiu a partir da necessidade de articulação e difusão das ações de monitoramento e avaliação nas diversas Secretarias do MS e nas demais esferas do SUS, tendo como umas das suas funções viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo do monitoramento e avaliação do SUS^{39, 46}.

No que diz respeito à avaliação das ações de VS, Bezerra e colaboradores⁴⁷ em estudo cujo objetivo foi avaliar grau de implantação da Vigilância Epidemiológica (VE) no nível municipal, observou que a VE no município estudado se encontrava implantada apenas no nível central, e parcialmente implantado nos Distritos Sanitários e Equipes de Saúde da Família, evidenciando as diferentes necessidades de cada nível para atender ao que está normatizado.

Ainda no campo da avaliação da VS, Santos *et al*⁴⁸ ao avaliar as capacidades de Vigilância do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (CIEVS/MS), classificou-as como parcialmente adequada, e identificou potencialidades e fragilidades dessa estratégia, revelando a importância da utilização de um modelo lógico para a avaliação do serviço de VS.

Também enfatizou a necessidade da sistematização e fortalecimento dos processos de trabalho para a adequada vigilância das emergências em saúde pública.

A Avaliação Normativa busca fazer um julgamento sobre a intervenção, comparando os recursos empregados e a sua organização (estrutura), serviços ou bens produzidos (processo), com parâmetros estabelecidos normativamente ou na literatura^{49, 37}.

A avaliação dos sistemas de saúde subsidia a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos. A implementação do SUS exige cada vez mais o uso de ferramentas que possibilitem a identificação dos principais problemas de saúde⁵⁰, não sendo diferente na área da VS.

Desta maneira, é essencial que se conheça a realidade em que está implementada a vigilância em âmbito regional, tendo em vista as possíveis potencialidades e fragilidades do processo de regionalização da VS.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A importância da VS enquanto política de saúde capaz de intervir nos problemas sanitários de uma população de forma a controlar determinantes, riscos e danos à saúde;
- A conformação da regionalização no Brasil, na qual institui a VS como parte integrante desse processo;
- A incipiência de um arcabouço legal que aborde a temática da VS no contexto da regionalização;
- A necessidade de se avaliar a estrutura e os processos de organização da VS enquanto política regionalizada.

Este estudo se justifica, por se propor à:

- Produzir conhecimentos a cerca da conformação da VS, no que diz respeito aos aspectos estruturais e organizacionais, no nível regional;
- Identificar problemas e/ou dificuldades do processo de regionalização da VS em Pernambuco;
- Permitir a identificação de aspectos estruturais e organizacionais que podem influenciar no processo de regionalização da VS em Pernambuco, contribuindo assim para o seu aperfeiçoamento.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Avaliar a implantação da Vigilância em Saúde regionalizada em Pernambuco, 2017.

3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a estrutura e os processos de organização da VS em quatro regiões de saúde de Pernambuco;
- Identificar os fatores favoráveis e/ou desfavoráveis ao processo de regionalização da VS em Pernambuco, no que diz respeito à estrutura e organização;
- Determinar o grau de implantação da VS no âmbito regional em Pernambuco.

IV. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo avaliativo do tipo normativo, com abordagem quantitativa para as dimensões de estrutura e processo da VS regionalizada com a medição do grau de implantação (GI) da VS em quatro regiões de saúde de Pernambuco, utilizando-se o modelo sistêmico de Donabedian⁵¹. A avaliação normativa consiste em emitir um julgamento sobre uma intervenção de modo a subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores e profissionais que atuam na rotina do serviço³⁷. A medição do grau de implantação é um método bastante utilizado quando se pretende comparar os componentes da intervenção com critérios e normas preexistentes^{49, 37}. De forma complementar, foi realizado um estudo de cunho descritivo, com o propósito de investigar as potencialidades e fragilidades do processo de regionalização da VS no estado de Pernambuco, a partir da percepção de atores entrevistados.

A estratégia utilizada na pesquisa foi estudo de caso, o qual utilizou uma abordagem normativa da VS regionalizada. Esse tipo de abordagem justifica-se pois a partir dele é possível estudar de forma minuciosa a intervenção, de maneira que permita um detalhado conhecimento acerca da sua implantação⁵². No estudo foram considerados dois níveis de análise, o central e o regional:

-Nível central/Gestão Estadual: 3 (três) Diretorias Gerais da SEVS (Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos; Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica; Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação de Vigilância em Saúde).

-Nível regional: Coordenações regionais da VS de quatro regiões de saúde selecionadas.

Segundo Champagne⁴⁹ recorrer a vários níveis de análise imbricados permite observar comportamentos e processos organizacionais em vários níveis e, também, que se opte por um ou vários casos que melhor correspondem à pergunta da pesquisa.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em quatro regiões de saúde (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), as quais são sede das quatro macrorregionais do estado de Pernambuco (PE). O estado apresenta uma superfície territorial de aproximadamente 98.076,001km², uma população estimada de 9.410.336 habitantes em 2016⁵³, e é composto por 184 municípios e um território estadual (Fernando de Noronha)⁵⁴. Está dividido em quatro macrorregiões, e 12 regiões de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Divisão Regional do estado de Pernambuco e população estimada, 2014.

MACRORREGIÕES	MUNICÍPIO – SEDE DE MACRORREGIÃO	REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO (Estimativa 2014)
1 - Metropolitana	Recife	I – Recife	4.116.144
		II – Limoeiro	589.553
		III – Palmares	604.677
		XII – Goiana	311.876
2 - Agreste	Caruaru	IV – Caruaru	1.324.376
		V – Garanhuns	534.804
3 - Sertão	Serra Talhada	VI – Arcoverde	408.584
		X – Afogados da Ingazeira	187.255
		XI - Serra Talhada	234.382
		VII – Salgueiro	144.982

4 – Vale do São Francisco e Araripe	Petrolina	VIII – Petrolina	475.733
		IX – Ouricuri	345.304

Fonte: http://www.saude.pe.gov.br/cadernos2015/mapa_geres.html

Segundo o PDR do estado de Pernambuco, para definição das regiões de saúde foi levado em conta, entre outros, a existência de ações e serviços de VS. Com a finalidade de apoiar os 184 municípios de Pernambuco e a Ilha de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres), as quais funcionam como unidades administrativas da SES e são responsáveis por cada uma das regiões²⁹.

4.3 Período do estudo

O período de estudo foi de março de 2016 a outubro de 2017 e o período de referência para o estudo o ano de 2016/2017. Os dados foram coletados de agosto a setembro de 2017.

4.4 Etapas do estudo

4.4.1 Modelo lógico

O caso, a VS regionalizada do estado de PE, foi analisado a partir do delineamento do modelo lógico (ML) da VS das regiões de saúde, que foi desenvolvido com base em uma análise documental utilizando-se informações contidas em documentos oficiais e portarias que regulamentam a VS (Quadro 2)^{25, 55, 27, 56, 57, 58}, que contribuiriam para a construção do ML o mais próximo da realidade. O ML (Figura 1) explicitou dois componentes: 1 – Gestão, que dispôs de 6 (seis) subcomponentes: normas/legislação, capacidade instalada, recursos financeiros, recursos humanos, informação e comunicação, vigilância laboratorial; 2 – Processo de trabalho, que contou com 5 (cinco)

subcomponentes: sistemas de informação, planejamento, integração das ações, monitoramento e avaliação, e desenvolvimento das ações em VS.O ML da intervenção é um esquema visual que expõe seu funcionamento e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos), ou seja, como se articulam para resolver o problema que deu origem à intervenção⁵⁹. A modelização permite assim, apreciar a diferença entre a intervenção como foi prevista e que de fato está implantada podendo servir de guia para a apreciação normativa da estrutura, dos processos e resultados⁶⁰, otimizando o tempo disponível, os recursos destinados à intervenção e a definição dos indicadores⁶¹.

Quadro 2 – Descrição das Portarias/Instruções Normativas utilizadas para construção do Modelo Lógico da Vigilância em Saúde regionalizada.

Portaria/ Instrução Normativa	Descrição
Portaria n.º 1.399 de 15 de dezembro de 1999	Regulamenta a NOB SUS 01/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.
Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013	Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde v.13	Trata das diretrizes gerais e estratégicas da Vigilância em Saúde e aborda questões relativas ao enfrentamento das Emergências em Saúde Pública.
Portaria n.º 20 de 03 de outubro de 2003	Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e SINASC.
Instrução Normativa n.º 02 de 22 de novembro de 2005	Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

*Elaboração própria.

Para validação do ML foi realizada uma consulta a sete especialistas da área da VS e da Avaliação em Saúde. A técnica consistiu no envio por meio eletrônico do ML inicial, os quais contribuíram com a supressão ou inclusão dos itens do modelo, o qual foi concluído após duas rodadas. Durante a realização da técnica os participantes não tiveram contato entre si, nem tiveram acesso às contribuições feitas pelos outros participantes. Para Wright⁶² o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo.

Figura 1 - Modelo Lógico da Vigilância em Saúde regionalizada. Pernambuco, 2017.

COMPONENTES	SUBCOMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADO	IMPACTO
GESTÃO	Normas/Legislação	Recursos Humanos, Estrutura física, Recursos materiais, Estrutura administrativa Normas, protocolos e materiais técnicos	Elaboração e atualização da legislação, das normas, dos protocolos e rotinas necessários ao funcionamento da vigilância em saúde (rotina ou diante de possíveis emergências em saúde)	Legislação atualizada para a rotina ou situações de emergências (surto, epidemias, desastres e outros eventos inusitados)	- Leis, regulamentos, planos e requisitos administrativos, políticos ou outros instrumentos governamentais/legais ou técnicos existentes atualizados e divulgados para a execução das ações essenciais de rotina/emergência	Fortalecimento da gestão e das ações de VS em nível regional.
			Divulgação das normas/portarias da VS para os municípios	Normas/portarias de VS divulgadas		
	Capacidade Instalada		Disponibilidade de recursos humanos, financeiros, veículos e equipamentos para execução das ações de VS.	Número de equipes, espaço físico e estruturas suficientes para as atividades da VS. Computador, telefone institucional e internet suficiente para as atividades da VS.	- Estrutura física e quantidade de recursos humanos adequados para o funcionamento da VS.	
			Gerenciamento de veículos quanto à quantidade, manutenção e atividades realizadas.	Número veículos disponíveis e em condições de uso suficientes	- Condições dos veículos favoráveis ao desenvolvimento das ações de VS.	
			Gerenciamento quanto ao recebimento, armazenamento e distribuição de insumos e material de expediente necessários.	Recebimento e distribuição de materiais e insumos em quantitativo suficiente	- Materiais e insumos em quantitativo suficiente para o funcionamento da VS.	
	Recursos Financeiros		Monitoramento da execução do repasse financeiro da SEVS para a VS regional.	Execução do repasse financeiro monitorado bimensalmente.	- Otimização dos recursos disponibilizados.	
			Execução dos recursos financeiros repassados pela SEVS para a regional nas ações de VS.	Utilização do repasse da SEVS para a regional exclusivamente para as ações de VS.		
	Recursos Humanos		Capacitação profissional quanto a qualificação/especialização na área de VS.	% de profissionais qualificados na equipe de VS regional adequado.	- Profissionais qualificados de acordo com a necessidade da VS regional e em número suficiente; - Melhoria do desempenho profissional nas ações de VS.	
			Elaboração ou adequação de organograma funcional descrevendo as responsabilidades de cada profissional da equipe de VS regional.	Organograma elaborado ou adequado		
	Informação e comunicação		Apoio técnico aos municípios para elaboração de seus informes/boletins.	% de municípios apoiados na elaboração de seus informes/boletins.	- Aumento/melhoria das informações e divulgação da situação de saúde; - Aumento das discussões sobre VS para visando auxiliar na tomada de decisão.	
			Elaboração e divulgação de informes/boletins epidemiológicos	Informes e boletins epidemiológicos elaborados e divulgados mensalmente.		
			Discussão de temas da VS na Comissão Intergestores Regional (CIR).	Número de pautas mensais da CIR com discussão de temas de VS.		

	Vigilância Laboratorial	Capacidade Laboratorial suficiente para registro (GAL) e diagnóstico de amostras clínicas, ambientais e bromatológicas, descentralizada em nível regional	Processamento de amostras para diagnóstico clínico, ambiental e bromatológico em nível regional	Capacidade Laboratorial estabelecida para confirmar ou descartar as ameaças/riscos de importância para saúde pública em nível regional.
		Coleta (quando necessário em apoio aos municípios), recebimento, armazenamento e transporte das amostras laboratoriais provenientes dos municípios.	Amostras coletadas, recebidas, armazenadas e transportadas conforme demanda.	- Otimização no recebimento, armazenamento, transporte e processamento das amostras; - Melhoria do acesso aos resultados laboratoriais por parte dos municípios.
		Acompanhamento e divulgação dos resultados laboratoriais junto aos municípios.	Resultados laboratoriais acompanhados e divulgados.	
PROCESSO DE TRABALHO	Sistemas de Informação	Recebimento, processamento, consolidação e envio do banco de dados de VS regional oportunamente para a SEVS (nível central)	Banco de dados dos SIS enviado para o nível central na periodicidade estabelecida pelas diretrizes de cada SIS.	- Melhoria da qualidade dos sistemas de informação.
		Retroalimentação dos dados aos municípios.	Municípios com retroalimentação dos dados mensalmente.	
		Análise dos dados provenientes dos municípios.	Análise de dados dos municípios realizada mensalmente.	
		Apoio/assessoramento técnico na operacionalização dos sistemas nos municípios	Municípios assessorados na operacionalização dos sistemas semanalmente.	
	Planejamento	Planejamento intersetorial de ações (da VS com outras áreas)	% de municípios que realizam planejamento intersetorial	- Aumento da capacidade municipal no desenvolvimento das ações em VS; - Melhoria no desempenho da VS em nível regional; - Maior resolutividade em casos de emergências de agravos. - Maior resolutividade em ações que ultrapassem a governabilidade da VS.
		Planejamento das ações de VS considerando a identificação de prioridades e os recursos disponíveis a partir da análise da situação de saúde dos municípios	% de municípios com planejamento baseados em análises de situação de saúde para a identificação de prioridades.	
	Integração (articulação) das ações	Realização de reuniões de articulação e planejamento de ações entre as áreas técnicas da VS regional, englobando as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador.	Número de reuniões entre as áreas técnicas da VS regional.	
		Realização de reuniões de articulação e planejamento de ações entre a VS e a atenção à saúde.	Número de reuniões entre a VS e a atenção à saúde realizadas.	
		Cooperação técnica entre a SEVS (nível central) e a VS regional.	Número de ações conjuntas entre a VS regional e a SEVS.	
		Assessoramento permanente aos municípios quanto às ações de VS.	% de municípios assessorados.	
		Participação em comitês (mortalidade materna, infantil, etc) em conjunto (nível central e nível regional).	% de comitês com participação conjunta (nível central e nível regional).	

		Realização de ações intersetoriais (fora do setor saúde)	Ações intersetoriais realizadas.	
	Monitoramento e avaliação	Monitoramento dos indicadores de VS pela equipe regional.	Monitoramento trimestral dos indicadores de VS.	
		Realização de reuniões periódicas para discussão dos resultados do monitoramento das ações de VS com os municípios.	Número de reuniões para a discussão dos resultados do monitoramento das ações de VS com os municípios realizadas.	
	Desenvolvimento das ações em VS	Vigilância de rotina/emergencial estruturada em nível regional para cumprimento das funções: de alerta; recebimento das notificações de DNC e DNCI e/ou detecção de eventos de interesse da saúde pública; de mobilização da resposta em todos os níveis de gestão do SUS, na medida da necessidade e complexidade do evento.	% de municípios da regional com vigilância estruturada para detecção e resposta aos eventos de importância para saúde pública	- Melhoria no alcance das metas pactuadas e indicadores de saúde; - Maior efetividade e oportunidade na tomada de decisão quanto aos agravos e notificações.
		Realização de análises epidemiológicas e divulgação aos municípios.	Análises epidemiológicas realizadas e divulgadas aos municípios trimestralmente.	
		Apoio técnico da equipe de VS regional aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos.	% de municípios apoiados na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos.	
		Apoio técnico da equipe de VS regional aos municípios nas ações de Promoção, Prevenção e Controle.	% de municípios apoiados para ações de Promoção, Prevenção e Controle.	

4.4.2 Matriz de Julgamento

A partir do ML foi construída a matriz de julgamento, na qual foram estabelecidos critérios e indicadores para cada subcomponente. Essa matriz contemplou a identificação de indicadores, os parâmetros, a fonte de verificação, e os critérios de pontuação de cada indicador.

A matriz de julgamento foi construída utilizando-se as dimensões do modelo sistêmico de Donabedian: estrutura e processo organizacional⁵⁴, a partir do ML da intervenção, permitindo uma melhor reflexão sobre a normatização da VS regionalizada.

Tendo em vista a incipiência de informações e normativas a respeito da VS regionalizada, a validação da matriz de julgamento também foi realizada com os mesmos especialistas do ML, com o objetivo de construir uma matriz o mais próximo do ideal.

A matriz (Figura 2) foi construída com duas dimensões relacionadas à estrutura e ao processo, cada uma com 45 e 30 pontos respectivamente, distribuídos em seis critérios de estrutura e cinco critérios de processo.

Os parâmetros foram fundamentados nos mesmos documentos utilizados na construção do ML. A pontuação máxima para cada subcomponente variou entre 2 e 21 pontos.

Figura 2 – Matriz de análise e julgamento da Vigilância em Saúde regionalizada. Pernambuco, 2017.

Componente	Critério	Indicador	Padrão	Fonte de verificação	Descrição do valor ou Ponto de Corte
GESTÃO	Normas e Legislação	Existência de legislação atualizada às necessidades do contexto epidemiológico para a rotina ou situações de emergências (surtos, epidemias, desastres e outros eventos inusitados).	Sim, e está disponível	EIC / documentos	Sim, e disponível= 02 / Sim, mas não disponível= 01 Não = 00
		Divulgação de normas e portarias para os municípios da regional.	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
	Capacidade Instalada	Considera a quantidade de profissionais de nível superior suficiente para as demandas essenciais das equipes (áreas técnicas)	Sim	EIC	Sim= 03 / Não = 00
		Considera a qualidade técnica dos RH suficiente para cumprimento das atividades essenciais.	Sim	EIC	Sim = 03 / Não = 00
		Considera o número de salas disponíveis para VS suficiente para alojar adequadamente as equipes (áreas técnicas).	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
		Número de computadores disponíveis e em funcionamento para VS.	1 computador por técnico disponível para VS	EIC	1 computador por cada técnico = 02/ 1 computador p/2 ou mais técnicos = 01/0 (zero) computadores = 00
		Número de impressoras disponíveis para VS.	2 impressoras disponíveis para VS	EIC	2 ou mais impressoras = 02 / 1 impressora = 01 / 0 (zero) impressora = 00
		Número de ramais disponíveis para VS.	2 ramais disponíveis para VS	EIC	2 ramais = 02 / 1 ramal = 01 / 0 (zero) ramais = 00
		Existência de internet disponível para VS.	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
		Número veículos disponíveis para VS.	4 veículos disponíveis para VS	EIC	4 ou mais veículos = 02 / 1-3 veículos = 01 / 0 (zero) veículos = 00
		Considera o quantitativo de veículos suficiente em quantidade e qualidade.	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
		Existência de recebimento e distribuição de materiais e insumos em quantitativo suficiente para os municípios (material de escritório, folders, panfletos, cartucho de impressora etc)	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
	Recursos Financeiros	Utilização do repasse da SEVS para a regional exclusivamente para as ações de VS.	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
		Monitoramento bimestral da execução do repasse da SEVS pela regional.	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
	Recursos Humanos	% adequado de profissionais qualificados na equipe de VS	100% profissionais com especialização ou curso de formação na área de VS	EIC	80 - 100% = 03 50 - 79% = 02 <49% = 00
		Existência de organograma funcional na região de saúde, incorporando a VS	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
		Oferece capacitações/ treinamentos de VS para os municípios.	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
	Informação e Comunicação	% de municípios apoiados tecnicamente na elaboração de seus informes/boletins.	100% dos municípios apoiados	EIC	100% = 02 50 a 99% = 01 <49% = 00
		Informes e boletins epidemiológicos elaborados e divulgados mensalmente.	Sim, mensalmente	EIC/in loco	Sim, mensalmente = 02/ Sim, em outra periodicidade=01 / Não = 00
		Número de pautas da CIR com discussão de temas de VS.	1 pauta de reunião da CIR com tema de VS no	EIC / Pautas da CIR	1 ou mais = 01 0 pauta mensal= 00

	Vigilância Laboratorial	Existência de processamento de amostras para diagnóstico clínico, ambiental e bromatológico em nível regional.	Sim, para todos	EIC	Sim, para todos = 02/ Sim, para alguns, = 01 / Não = 00
		Amostras provenientes dos municípios coletadas, recebidas, armazenadas e transportadas conforme demanda.	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
		Laboratório regional com capacidade operacional adequada para análise da qualidade da água	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
		Laboratório regional com capacidade operacional adequada para sorologias(dengue, hepatites, chikungunya, doença de Chagas e Leishmaniose.)	Sim, para todas	EIC	Sim, para todas = 02 / Sim, algumas = 01 / Não = 00
		Resultados laboratoriais acompanhados e divulgados junto aos municípios.	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
PROCESSO DE TRABALHO	Sistemas de Informação	Envio/transferência do Banco de dados dos SIS para o nível central na periodicidade estabelecida pelas diretrizes de cada SIS.	Sim	EIC/SINAN, SIM E SINASC (NÍVEL CENTRAL)	Sim = 02 / Não = 00
		% de municípios com retroalimentação mensal dos dados.	100%	EIC/SINAN, SIM E SINASC (NÍVEL CENTRAL)	100% = 02 50 a 99% = 01 <49% = 00
		Análise de dados/ indicadores operacionais dos municípios realizadas mensalmente.	Sim, mensalmente	EIC	Sim, mensalmente= 02 / Sim, em outra periodicidades= 01/Não = 00
		Existência de assessoramento aos municípios na operacionalização dos sistemas conforme demanda.	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
	Planejamento	Realização de planejamento intersetorial	1 ou mais planos realizados	EIC	01 plano realizado = 01 / Nenhum = 00
		Realização de planejamento baseados em análises de situação de saúde.	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
	Integração (articulação) das ações	Número de reuniões entre as áreas técnicas da VS regional.	1 reunião mensal	EIC	1 reunião mensal = 01 Nenhuma reunião mensal = 00
		Número de reuniões entre a VS e a atenção à saúde regional.	1 reunião mensal	EIC	1 reunião mensal = 01 Nenhuma reunião mensal = 00
		Ações conjuntas entre a VS regional e a SEVS, conforme demanda	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
		% de municípios assessorados quando as ações de VS.	100% dos municípios da região de saúde	EIC	100% = 02 50 a 99% = 01 <49% = 00
		% de comitês e/ou grupos técnicos com participação conjunta (nível central e nível regional).	100% dos comitês	EIC	100% = 02 50 a 99% = 01 <49% = 00
		Realização de ações intersetoriais entre a VS e outros setores fora da saúde.	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
	Monitoramento e avaliação	Monitoramento trimestral dos indicadores de VS pela equipe regional.	Sim, trimestralmente	EIC	Sim, trimestralmente = 02/ Sim, com outra periodicidade= 01 / Não = 00
		Existência de reuniões para a discussão dos resultados do monitoramento das ações de VS com os municípios.	Sim	EIC	Sim = 01 / Não = 00
	Desenvolvimento das ações em VS	Considera a VS da regional estruturada para detecção e resposta aos eventos de importância para saúde pública	Sim	EIC	Sim = 02 / Não = 00
		Análises epidemiológicas realizadas e divulgadas aos municípios mensalmente.	Sim, mensalmente	EIC/ IN LOCO	Sim, mensalmente = 02 / Sim, bimestralmente=01 / Outra periodicidade = 00
		% de municípios com apoio técnico da VS regional na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme demanda.	100%	EIC	100% = 02 50 a 99% = 01

					<49% = 00
		% de municípios com apoio técnico da VS regional para ações de Promoção, Prevenção e Controle de doenças e agravos, conforme demanda	100%	EIC	100% = 02 50 a 99% = 01 <49% = 00

Legenda: EIC – Entrevista com informante chave
SIS – Sistemas de Informação em Saúde

4.6 Instrumento e coleta de dados

Os dados primários foram coletados em duas etapas pelo pesquisador principal. A primeira etapa se deu por meio de entrevista semiestruturada com os informantes-chave, sendo quatro coordenadores de VS do nível regional e três gestores do nível central da SEVS – PE (Apêndice 1), afim de apreender a percepção desses indivíduos acerca do processo de regionalização da VS em Pernambuco e dos aspectos facilitadores e dificultadores desse processo. A segunda etapa se deu a partir da aplicação de questionário semiestruturado (Apêndice 2), o qual foi elaborado especificamente para o estudo, direcionado aos quatro coordenadores de VS das regiões selecionadas. O questionário foi construído a partir dos critérios constantes na matriz de julgamento contemplando as atribuições e especificidades da VS em nível regional, com o objetivo de apreender o grau de implantação da VS regionalizada.

4.7 Processamento e análise dos dados

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas utilizando-se o programa Microsoft *Office Word* 2007. Em seguida, foi realizada a aplicação dos questionários, e a análise dos mesmos foi realizada por meio do programa *Office Excel* 2007.

A análise dos dados obtidos no questionário foi realizada a partir dos valores obtidos na matriz de análise e julgamento, com a finalidade de se estimar o grau de implantação.

Os critérios utilizados para julgamento do grau de implantação da intervenção consideraram a proporção de adesão aos indicadores propostos. O grau de implantação foi estimado partir dos critérios e indicadores dispostos na matriz de julgamento. A determinação do grau de implantação permitiu classificar as regiões de saúde do estado

de PE em distintos níveis de implantação da VS. Foram considerados os seguintes critérios para julgamento do grau de implantação:

- Implantado: $\geq 80\%$
- Parcialmente implantado: de 51% a 79%;
- Não implantado: $\leq 50\%$.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa está em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) conforme parecer consubstanciado nº 2.134.516 de 23 de junho de 2017 (Anexo 1).

Para utilização dos dados primários foi solicitada a anuência da Secretaria Estadual de Saúde (Anexo 2), assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE(Apêndice3 e 4) para todos os praticantes da pesquisa garantindo a confidencialidade dos dados, o anonimato dos participantes, assim como, a possibilidade de descontinuidade na pesquisa.

V. RESULTADOS

Esta seção é composta pelo artigo científico, produto da dissertação do Mestrado de Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Título: **“Regionalização da Vigilância em Saúde em Pernambuco: Um estudo de caso”**.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação de sistemas regionais de VS tem como objetivo primordial o desenvolvimento de ações articuladas, uma vez que características socioeconômicas, culturais, ambientais, entre outras, interferem no risco de ocorrência de determinados agravos à saúde, muitas vezes ultrapassando os limites dos municípios. No entanto, é possível perceber a existência de dificuldades operacionais na consolidação de um sistema de VS regionalizado no Brasil. Estabelecer linhas divisórias bem definidas entre as ações de VS de dimensão estritamente local e aquelas que necessitam de articulação regional é, talvez, o desafio mais importante.

Este estudo avaliativo, do tipo estudo de caso, permitiu classificar as quatro regiões de saúde pesquisadas quanto ao GI da VS em âmbito regional, a partir das dimensões selecionadas e os resultados obtidos revelaram diferenças no GI das regiões. Na dimensão processo, três regiões foram classificadas como não implantado, e uma apresentou GI implantado. Observou-se que o item considerado implantado em todas as regiões foi quanto à existência de legislação atualizada e divulgação de normas e portarias para os municípios da região. No tocante às fragilidades, o quantitativo insuficiente de profissionais de nível superior e o quantitativo insuficiente de veículos para atender as demandas apresentaram-se como insatisfatório.

Já em relação à estrutura destacou-se a insuficiência de reuniões entre a VS e a atenção à saúde. Como potencialidade, evidenciou-se o envio/transferência dos dados dos SIS periodicamente, além do apoio técnico da VS aos municípios, tanto na investigação epidemiológica quanto nas ações de Promoção, Prevenção e Controle de doenças e agravos. Ainda entre as potencialidades apontadas como facilitadoras do processo de regionalização destacaram-se a conformação atual das regiões de saúde e o

apoio do nível central. Em contrapartida ficou evidente que a deficiência na capacidade técnica dos trabalhadores da VS, e a falta de autonomia por parte dos municípios dificultam esse processo.

Vale ressaltar que alguns entraves foram encontrados durante o desenvolvimento do presente estudo. Devido a dificuldades operacionais não foi possível a realização do estudo nas 12 regiões de saúde que compõem o arranjo da regionalização em Pernambuco, optando-se por realizá-lo nas quatro regiões sede de macrorregionais. Entende-se que essas regiões possuem as características específicas de cada mesorregião do estado.

Contudo, apesar das limitações supramencionadas, o presente trabalho de dissertação alcançou o seu objetivo de avaliar a implantação da VS regionalizada em Pernambuco, apontando a necessidade um maior envolvimento por parte dos que fazem a VS na perspectiva de avançar na regionalização no estado. Apesar dos avanços normativos e operacionais ainda é preciso empenho no aperfeiçoamento deste processo. É importante levar em consideração não só a conformação territorial, mas também as especificidades de cada região, investir em recursos humanos, recursos financeiros e incentivar a autonomia dos municípios quanto às ações de saúde.

Diante disto, o estudo proporcionou subsídios que podem contribuir na tomada de decisão por parte dos gestores, de forma a favorecer a melhoria da qualidade e do acesso à saúde da população, além do aperfeiçoamento das ações de prevenção e promoção a agravos à saúde. Também, contribuiu para que outros questionamentos sejam levantados em futuros estudos e avancem no campo da avaliação no âmbito da VS regionalizada, visto que poucas são as pesquisas a respeito, diante da importância dessa temática.

VII. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Casa Civil. Lei nº. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil Brasília (DF), 1990. Seção 1: 18.055.
2. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, Carvalheiro J da R, Cortizo CT, et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Saúde Soc. 2015; 24 (2): 472-485.
3. Rolim LB, Cruz, R de SBLC, Sampaio KJA de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate, São Paulo; 2013 jan-mar; 37 (96): 139-147.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. Faria LS, Bertolozzi MR. Aproximações teóricas acerca da Vigilância em Saúde: um horizonte para a integralidade. Acta Paul Enferm. 2009; 22 (4): 422-7
6. Will RMMM, Landim ELAS, Guimarães MCL, Pagliarini ED, Mota CO. A Descentralização e Regionalização das Ações de Vigilância Laboratorial no Estado da Bahia: A experiência da Rede de Laboratórios de Saúde Pública. Revista Baiana de Saúde Pública. 2015 jul-set; 39Suppl1: 10-30.

7. Oliveira SRA, Teixeira CF. Avaliação da Regionalização do SUS: Construção do modelo teórico-lógico. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015 jan-mar; 37(1): 236-254.
8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. [internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [citado 2016 abr 02]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
9. Albuquerque AC, Mota ELA, Felisberto E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 abr; 31(4):861-873.
10. Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em Saúde: É necessária uma legislação de emergência? *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo; 2009 jul-out; 10(2): 126-144.
11. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2002; (18 suppl): S153-S162.
12. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.
13. Junior VLP, Neto JC, Penna GO. Evolução da política federal de financiamento do componente de vigilância em saúde no Brasil após a criação Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19 (12): 4841-4849.

14. Coriolano MWL, Albuquerque GA, Araújo NS, Oliveira MA, Lima MM. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2447-2454.
15. Sauter AMW, Girardon-Perlini NMO, Kopf AW. Política de Regionalização da Saúde: Das Normas Operacionais ao Pacto Pela Saúde. *remE – Rev. Min. Enferm*. 2012 abr-jun; 16(2): 265-274.
16. Mattos E, Rocha F, Novaes L, Arvate P, Orellano V. Economias de Escala na Oferta de Serviços Públicos de Saúde: Um Estudo para os Municípios Paulistas. [internet]. *Revista EconomiA*. 2009 mai-ago [citado 2016 abr 02; (10) 2: 357-386]. Disponível em: http://www.anpec.org.br/revista/vol10/vol10n2p357_386.pdf
17. Campos CVA, Malik AM, Bueno RLP. A Implantação do SUS e o processo de descentralização na área da saúde até 2002. *Cadernos de Gestão Pública e Cidadania*. 2005 jan/abr; 10 (46).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [internet]. Brasília (DF), 2001 jan 26; [citado 2016 abr 02] Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Parte 1. [internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015 [citado 2016 jun 10]. 320 p. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L05_VIGILANCIA-EM-SAUDE-PARTE-I_jun2015.pdf
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília; 2006.
22. Melo CF, Leite MJVF, Carvalho JBLF, Silva ER, Aquino GML, Macedo CPet al. As gestões municipais e o uso das informações no Pacto pela Saúde no estado do Rio Grande do Norte. HOLOS 2012; Ano 28. v.6.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
24. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [internet] Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 fev 22. Seção 1: 43-51. [citado 2016 abr 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

25. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 2011. Seção 1.
26. Conselho Nacional de Saúde, 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde
Vigilância em Saúde: Saúde Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de
Qualidade. Documento Orientador. [internet] 2017 [citado 2017 dezembro 01].
Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/documento_Orientador_1CNVS.pdf
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013.
Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e
financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito
Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e
Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da República
Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013. Seção 1: 48.
28. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, Dutra VGP, Campos CEA. Os desafios
para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de
Vigilância em Saúde *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22 (5):1407-1416, 201.
29. Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização. Secretaria Executiva de
Regulação em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011.
30. Pernambuco. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Resolução nº420 de 16 de
fevereiro de 2009.

31. Santos FAS, Júnior GDG, Pacheco HF, Martelli P JL. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Colet.*, 2015, Rio de Janeiro, 23 (4): 402-408.
32. Guimarães VLB. O processo da regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da Gestão Estadual [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
33. Costa JMBS, Cesse EAP, Samico IC, Carvalho EMF. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2015, Rio de Janeiro, 25 (4): 1141-1163.
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
35. Lima SBS de, Todendi PF, Sarturi F, Pellenz NLK. Regionalização dos serviços de saúde municípios polo: revisão bibliográfica de 2000-2010. *Saúde (Santa Maria)*, 2012; 38 (2): 95-106.
36. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.p. 41-60.
37. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG.

- de (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.p. 1-13.
38. Felisberto E, Alves CKA, Bezerra LCA. Institucionalização da avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. de (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.p. 143-160.
39. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):901-911.
40. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):553-563.
41. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS –ParticipaSUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
42. Viacava F, Ugá, MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):921-934.
43. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J , Mônica 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(3):711-724.

44. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad. Saúde Pública. 2008 set.; 24(9):2091-2102.
45. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
46. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 jul 13. [citado 2016 mai 15] Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm>
47. Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, Samico I, Almeida CKA. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. Cad. Saúde Pública. 2009 abr; 25 (4):827-839.
48. Santos ME, Verani JFS, Junior VLP, Araújo, WN. Avaliação das capacidades de vigilância do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Brasil. Tempus, actas de saúde colet, 2016 jun; 10(2), 219-234.

49. Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, Brousselle A, Contrandriopoulos AP. A Apreciação Normativa. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.p. 77-94.
50. Oliveira AEF, Reis RS. Gestão Pública em Saúde. Os desafios da avaliação em Saúde. São Luiz: EDUFMA; 2016.
51. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das Informações: Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões.In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. de (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.p. 89-107.
52. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001.
53. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional. [Internet]. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS; 2016 [citado 2016 jun 24]. 104 p. Disponível em:
ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_do_u_2016_20160913.pdf
54. Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Caderno de Informações em Saúde: 2015. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde; 2015. [citado 2016 jun 24]. Disponível em: http://www.saude.pe.gov.br/cadernos2015/mapa_geres.html

55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1999. Seção 1.
56. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 20, de 03 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2003. [citado 2017 abr 10]. Seção 1:61. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/civs/portaria_20__de_03_outubro.pdf.
58. Brasil. Instrução Normativa n.º 02 de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. [citado 2017abr10]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2005/int0002_22_11_2005.

59. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. de (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.p. 65-78.
60. Donabedian A, The Quality of Care. How Can It Be Assessed? JAMA, 1988 set; [citado 2017 jan 15]; 260 (12):1743-1748. Disponível: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>
61. Medina MG. et al. Uso dos modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação em programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz / Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-63.
62. Wright JTC, Giovinazzo RA. *Delphi* – Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospectivo. Caderno de Pesquisas em Administração. 2002 2º trim; 01(12).

APÊNDICE 1



Roteiro de Entrevista

Vigilância em Saúde Regionalizada em Pernambuco: Um estudo de caso.

- 1. Como se deu o processo de regionalização da Vigilância em Saúde em Pernambuco?**
- 2. Na sua opinião, qual a importância da regionalização para Vigilância em Saúde em Pernambuco?**
- 3. Quais os principais fatores que favorecem e/ou dificultam esse processo de regionalização da Vigilância em Saúde em Pernambuco?**

APÊNDICE 2**Questionário – Nível Regional****Vigilância em Saúde Regionalizada em Pernambuco: Um estudo de caso.****Normas e Legislação**

- 1. Existe legislação atualizada da VS e que atende às necessidades do contexto epidemiológico tanto para situação de rotina quanto para situações emergenciais (surto, epidemias, desastres e outros eventos inusitados)?**

Sim () Não ()

- 2. Se sim, esses documentos estão disponíveis?**

Sim () Não ()

- 3. Existe divulgação regular de normas e portarias referente a VS por parte da Regional para os municípios da região?**

Sim () Não ()

Capacidade Instalada

- 4. Você considera a quantidade de profissionais de nível superior da regional suficiente para as demandas essenciais das equipes (áreas técnicas)?**

Sim () Não ()

- 5. Você considera a qualidade técnica dos RH da regional suficiente para cumprimento das atividades essenciais da VS?**

Sim () Não ()

6. Você considera o número de salas disponíveis para VS suficiente para alojar adequadamente as equipes (áreas técnicas)?

Sim () Não ()

7. Qual o número de computadores disponíveis e em funcionamento para VS no nível regional?

1 computador por técnico ()

1 computador para 2 ou mais técnicos ()

Não há computadores ()

8. Qual o número de impressoras disponíveis para VS no nível regional?

2 ou mais impressoras ()

1 impressora ()

Não há impressora disponível ()

9. Qual o número de ramais disponíveis para a VS no nível regional?

2 ramais disponíveis ()

1 ramal disponível ()

Nenhum ramal disponível ()

10. Existe internet disponível para a VS no nível regional?

Sim () Não ()

11. Qual o número de veículos disponíveis para a VS regional?

4 ou mais veículos ()

1 a 3 veículos ()

Nenhum veículo ()

12. Você considera o quantitativo de veículos disponíveis suficiente em quantidade e qualidade?

Sim () Não ()

13. Há recebimento e distribuição de materiais e insumos em quantitativo suficiente para os municípios da regional (material de escritório, folders, panfletos, cartucho de impressora etc.)?

Sim () Não ()

Recursos Financeiros

14. O repasse da SEVS para a regional é utilizado exclusivamente para as ações de VS?

Sim () Não ()

15. Existe monitoramento bimestral da execução do repasse da SEVS pela regional?

Sim () Não ()

Recursos Humanos

16. Qual o percentual de profissionais qualificados (pós-graduação ou curso de formação na área de saúde pública/epidemiologia) na equipe de VS?

80 - 100% ()

50 - 79% ()

<49% ()

17. Existe organograma funcional na região de saúde, incorporando a VS?

Sim () Não ()

18. A regional oferece capacitações/ treinamentos de VS para os municípios da região?

Sim () Não ()

Informação e Comunicação

19. Qual o percentual de municípios apoiados tecnicamente na elaboração de seus informes/boletins?

100% ()

50 a 99% ()

<49% ()

20. São elaborados e divulgados pela regional informes e boletins epidemiológicos mensalmente? Esses informes estão disponíveis?

Sim () Não ()

21. Qual o número de pautas da CIR com discussão de temas de VS por bimestre?

1 ou mais pautas ()

Nenhuma pauta ()

Vigilância Laboratorial

22. Existe processamento de amostras para diagnóstico clínico, ambiental e bromatológico em nível regional?

Sim, para todos () Sim, para alguns () Não ()

23. A regional coleta, recebe, armazena e transporta amostras provenientes dos municípios conforme demanda?

Sim () Não ()

24. O laboratório regional tem capacidade operacional adequada para análise da qualidade da água?

Sim () Não ()

25. O laboratório regional tem capacidade operacional adequada para análise sorológica (dengue, hepatites, chikungunya, doença de Chagas e Leishmaniose)?

Sim, para todas() Sim, algumas () Não ()

26. Os resultados laboratoriais são acompanhados e divulgados junto aos municípios?

Sim () Não ()

Sistemas de Informação

27. A regional envia/transfere o banco de dados dos SIS para o nível central na periodicidade estabelecida pelas diretrizes de cada SIS?

Sim () Não ()

28. Qual o percentual de municípios com retroalimentação mensal dos dados?

100% ()

50 a 99% ()

<49% ()

29. É realizada análise de dados/ indicadores operacionais dos municípios mensalmente?

Sim, mensalmente() Sim, em outra periodicidade () Não ()

30. A regional faz assessoramento aos municípios na operacionalização dos sistemas de VS conforme demanda?

Sim () Não ()

Planejamento

31. Há realização de planejamento intersetorial?

Sim () Não ()

32. Se sim, na regional quantos planos foram elaborados de forma intersetorial? Cite exemplos.

01 plano realizado ()

Nenhum ()

33. A regional realiza planejamento baseados em análises de situação de saúde?

Sim () Não ()

Integração (articulação) das ações

34. A VS regional realiza reuniões entre as áreas técnicas?

Sim () Não ()

35. Se sim, qual o número de reuniões entre as áreas técnicas da VS regional?

1 reunião mensal ()

Nenhuma reunião mensal ()

36. Na regional são realizadas reuniões entre a VS e a atenção à saúde?

Sim () Não ()

37. Se sim, qual o número de reuniões entre a VS e a atenção à saúde regional?

1 reunião mensal ()

Nenhuma reunião mensal ()

38. Acontecem ações conjuntas entre a VS regional e a SEVS, conforme demanda?

Sim () Não ()

39. Qual o percentual de municípios assessorados pela regional quanto às ações de VS?

100% ()

50 a 99% ()

<49% ()

40. Qual o percentual de comitês e/ou grupos técnicos em VS com participação conjunta (nível central e nível regional)?

100% ()

50 a 99% ()

<49% ()

41. São realizadas ações intersetoriais entre a VS e outros setores fora da saúde? Se sim, cite exemplos.

Sim () Não ()

Monitoramento e Avaliação

42. A equipe regional monitora trimestralmente os indicadores de VS?

Sim () Sim, em outra periodicidade () Não ()

43. São realizadas reuniões para a discussão dos resultados do monitoramento das ações de VS com os municípios?

Sim () Não ()

Desenvolvimento das ações de VS
--

44. Você considera a VS da regional estruturada para detecção e resposta aos eventos de importância para saúde pública?

Sim () Não ()

45. Se não, por quê?

46. São realizadas análises epidemiológicas e divulgadas aos municípios mensalmente?

Sim, mensalmente ()

Sim, bimestralmente ()

Em outra periodicidade ()

Não ()

47. Qual o percentual de municípios com apoio técnico da VS regional na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme demanda?

100% ()

50 a 99% ()

<49% ()

48. Qual o percentual de municípios com apoio técnico da VS regional para ações de Promoção, Prevenção e Controle de doenças e agravos, conforme demanda?

100% ()

50 a 99% ()

<49% ()

49. Em sua opinião, quais os principais fatores que favorecem e/ou dificultam o processo de regionalização da Vigilância em Saúde em Pernambuco?

APÊNDICE 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Entrevista

Eu, Natália Barros Lopes, o (a) convido para participar da pesquisa “VIGILÂNCIA EM SAÚDE REGIONALIZADA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO”, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, pertencente ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna. O estudo tem como objetivo avaliar a implantação da Vigilância em Saúde regionalizada em Pernambuco.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer do processo e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados. A sua participação será por meio de uma entrevista na qual o (a) senhor (a) deverá responder a perguntas previamente formuladas. O roteiro de entrevista disporá de perguntas referentes à regionalização da Vigilância em Saúde em Pernambuco. A participação nesta pesquisa apresenta risco mínimo de constrangimento, que será minimizado pelo esclarecimento das dúvidas sobre a participação do entrevistado na pesquisa, e que possam vir a surgir durante a entrevista, assim como durante todas as fases da pesquisa; o pesquisador realizará a entrevista em um ambiente que mantenha a privacidade do entrevistado, além de assegurar o anonimato e a utilização das informações exclusivamente para o estudo. Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Os resultados serão avaliados pela mestranda e qualquer dúvida em relação a este trabalho, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 98765.1033 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP - IMIP) que está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde). Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

Recife, ____ de _____ de _____

Nome do entrevistado

Nome do entrevistador

APÊNDICE 4



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Questionário

Eu, Natália Barros Lopes, o (a) convido para participar da pesquisa “VIGILÂNCIA EM SAÚDE REGIONALIZADA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO”, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, pertencente ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna. O estudo tem como objetivo avaliar a implantação da Vigilância em Saúde regionalizada em Pernambuco.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer do processo e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados. A sua participação será por meio de um questionário que o (a) senhor (a) deverá responder a perguntas previamente formuladas. O questionário disporá de questões referentes à Vigilância em Saúde Regionalizada quanto à estrutura e o processo organizacional desta. O questionário foi elaborado a partir da validação prévia do modelo lógico e da matriz de julgamento. A participação nesta pesquisa apresenta risco mínimo de constrangimento, que será minimizado pelo esclarecimento das dúvidas sobre a participação do entrevistado na pesquisa, e que possam vir a surgir durante a aplicação do questionário, assim como durante todas as fases da pesquisa; o pesquisador aplicará o questionário em um ambiente que mantenha a privacidade do entrevistado, além de assegurar o anonimato e a utilização das informações exclusivamente para o estudo. Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Os resultados serão avaliados pela mestranda e qualquer dúvida em relação a este trabalho, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 98765.1033 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP - IMIP) que está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde). Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

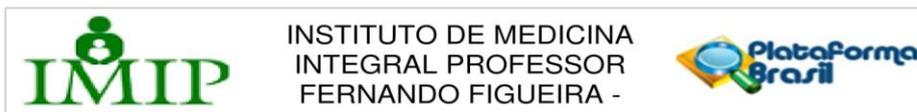
Recife, _____ de _____ de _____

Nome do entrevistado

Nome do entrevistador

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA EM SAÚDE REGIONALIZADA EM PERNAMBUCO

Pesquisador: Eronildo Felisberto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66228017.0.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.134.516

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo avaliativo do tipo normativo em suas dimensões de estrutura e processo para medir o grau de implantação (GI) da Vigilância Sanitária (VS) nas regiões de saúde de Pernambuco. Para o presente estudo foram selecionadas duas condições traçadoras, dengue e tuberculose. O estado de Pernambuco foi escolhido, para definição das regiões de saúde, levando em conta, entre outros, a existência de ações e serviços de VS. Com a finalidade de apoiar os 184 municípios de Pernambuco mais a Ilha de Fernando de Noronha. O período de estudo é de março de 2016 a agosto de 2017 e o período de referência para o estudo o ano de 2016/2017.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Avaliar o grau de implantação da VS regionalizada em Pernambuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Caracterizar a estrutura e os processos de organização da VS nas 12 regiões de saúde de Pernambuco; Identificar os fatores favoráveis e/ou desfavoráveis ao processo de regionalização da VS em Pernambuco, no que diz respeito à estrutura e organização; Determinar o grau de implantação da VS no âmbito regional em Pernambuco.

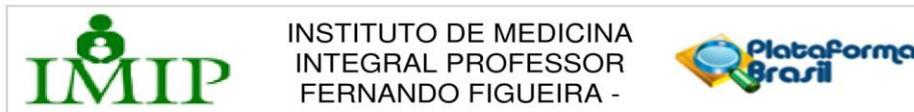
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 2.134.516

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Após recomendações do colegiado para inclusão de riscos, Inclusão das informações adequadas sobre o CEP-IMIP e explicação resumida do conteúdo no questionário. O projeto de pesquisa foi aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_888568.pdf	02/06/2017 15:28:54		Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	02/06/2017 15:28:25	Eronildo Felisberto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	02/06/2017 15:23:50	Eronildo Felisberto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	VS_regionalizada_em_PE_um_estudo_de_caso.pdf	24/03/2017 15:12:33	Eronildo Felisberto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	24/03/2017 15:11:48	Eronildo Felisberto	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/03/2017 15:08:27	Eronildo Felisberto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

ANEXO 2

Carta de Anuência



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 24 de março de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **VIGILÂNCIA EM SAÚDE REGIONALIZADA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO**, da pesquisadora: **Natália Barros Lopes**, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, sob a orientação de Eronildo Felisberto e Co-orientadora Ana Coelho de Albuquerque, nas dependências da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira
Diretora Geral de Educação
na Saúde - SES/PE
Matrícula nº 363.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033