



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

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE
INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM
SAÚDE DE PERNAMBUCO**

MARIA AUXILIADORA VIEIRA CALDAS SIVINI

Recife

2015

MARIA AUXILIADORA VIEIRA CALDAS SIVINI

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES
ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira (IMIP)
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Orientador: Dr^a Suely Arruda Vidal

Coorientadoras: Prof^a. Dra. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei e M.Sc. Patrícia Ismael
de Carvalho

Recife

2015

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES
ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira (IMIP)
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Edlaine Faria de Moura Villela
Universidade Federal de Goiás - UFG

Prof^º. Dr. Paulo Germano Frias
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Prof^ª. Dr^ª. Suely Arruda Vidal
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

S624a Sivini, Maria Auxiliadora Vieira Caldas

Análise de implantação do centro de informações estratégicas de vigilância em saúde de Pernambuco / Maria Auxiliadora Vieira Caldas Sivini; orientadora Suely Arruda Vidal; coorientadoras Lygia Carmen de Moraes Vanderlei, Patrícia Ismael de Carvalho – Recife: Do Autor, 2015.
103 f.: il.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2015.

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Atenção à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. I. Vidal, Suely Arruda., orientador. II. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes., coorientador. III. Carvalho, Patrícia Ismael de., coorientador. IV. Título.

CDD 362.1072

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela sabedoria e pela força para seguir sempre em frente.

A minha mãe pelo amor, pela educação e apoio nos meus estudos.

Ao meu esposo pelo amor, compreensão e incentivo.

A minha orientadora Suely Arruda Vidal pela paciência, confiança, disponibilidade e compromisso com que me conduziu na elaboração dessa dissertação.

As minhas coorientadoras Patrícia Carvalho e Lygia Vanderlei pela dedicação e todo empenho na construção desse trabalho.

A Paulo Frias e Edlaine Vilella pela disponibilidade em participar da pré-banca e banca e pelas valiosas contribuições a dissertação.

À equipe de especialistas que participaram da Conferência do Consenso pela contribuição, disponibilidade e paciência.

À equipe Cievs, em especial Patrícia Lima, pelo incentivo, companheirismo e por compartilhar comigo todas as etapas do mestrado.

À Secretaria de Vigilância em Saúde, pela colaboração e anuência da minha participação neste mestrado, demonstrando investimento na qualificação profissional de seus servidores, em especial às colegas Isabela Maciel, Yluska Reis e Monik Duarte pela contribuição para melhoria deste estudo.

Às colegas de mestrado pelo companheirismo e apoio.

Ao IMIP, pelo seu compromisso com o conhecimento científico e subsídios teóricos e metodológicos.

Por fim agradeço a todos que me incentivaram e de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

RESUMO

Introdução: O processo de globalização instituiu desafios à saúde internacional. Diante desta necessidade o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), precisou ser revisado e o Brasil para se adequar as novas exigências, criou em seu território os Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) para detectar, monitorar e responder as emergências de saúde pública. **Objetivo:** Avaliar a implantação do Cievs Pernambuco. **Métodos:** Análise de implantação com avaliação do contexto. Construiu-se o modelo lógico e matriz de indicadores, submetidos à consulta por especialistas. Elaborou-se dois instrumentos de coleta de dados um para o grau de implantação e outro semiestruturado para contexto. Julgou-se o grau segundo classificação: Implantado: 80 a 100%; Parcialmente implantado: 60 a 79,9% e Não implantado: < 60%. Analisou-se o contexto pelo modelo político e contingente, utilizando o Triângulo de Matus para identificar elementos facilitadores e restritivos e imbricou-se esse achado ao grau de implantação do Cievs. **Resultados:** Observou-se que o contexto foi um facilitador para a implantação da estratégia, de modo que se evidenciou relação positiva entre contexto favorável e grau implantado (88%). **Conclusões:** O contexto organizacional é importante para a implantação dessa intervenção. Dessa forma, a avaliação do Cievs foi relevante para a definição de estratégias de trabalho mais efetivas para a adequada vigilância das emergências em saúde pública pelo Cievs/PE.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde; Avaliação em Saúde; Capacidade de Resposta ante Emergência; Regulamento Sanitário Internacional

ABSTRACT

Introduction: The process of globalization imposes challenges to international health. Before this necessity, the International Sanitary Regulations (RSI 2005) had to be revised and Brazil created in its territory the Centers of Strategic Information for Health Surveillance (Cievs) to detect, monitor and answer the demands from the public health.

Objective: To evaluate the implantation of Cievs Pernambuco. **Methods:** implantation analysis with assessment of the context. It was built up the logical model and indicator matrix, subjected to consultation by experts. A data collection instrument was developed closed the degree of implantation and semi-structured for the context. The degree was deemed according to classification: Implanted: 80-100%; Partially implanted: 60 to 79.9%, and not implanted: <60%. The context for political and contingent model was analyzed, using Matus Triangle to identify facilitators and restrictive elements and this finding was entwined up with the degree of implantation of Cievs. **Results:** There was a consistency of the influence of context on the implementation of the strategy, so that the relationship between favorable context and implanted degree was evident (88%). **Conclusions:** The organizational context is important for the implantation of this intervention. Thus, the evaluation of Cievs was relevant to the definition of work strategies more effective for the proper surveillance of public health emergencies by Cievs / PE.

Keywords: Health Surveillance; Health Evaluation; Capacity of Response before Emergency; International Health Regulations

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	10
1.1. REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL	11
1.2. CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	14
1.3. REDE NACIONAL DE ALERTA E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA	17
1.4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE	19
II. JUSTIFICATIVA	23
III. OBJETIVOS	24
IV. MÉTODOS	25
4.1. DESENHO DO ESTUDO	25
4.2. LOCAL DO ESTUDO	29
4.3. PERÍODO DO ESTUDO	30
4.4. POPULAÇÃO DO ESTUDO	30
4.5. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	30
4.5.1. Critérios de Inclusão	30
4.5.2. Critérios de Exclusão	30
4.6. COLETA DE DADOS	30
4.6.1. Instrumentos para coleta de dados	30
4.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	31
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	34
V. RESULTADOS	35
5.1. GRAU DE IMPLANTAÇÃO	35
5.1.1. Conferência de Consenso do Modelo Lógico: Consensos e dissensos	35
5.1.2 GRAU DE IMPLANTAÇÃO	45
5.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL	46
5.3. INFLUÊNCIA DO CONTEXTO NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO CIEVS ESTADUAL	48
VI. DISCUSSÃO	50
VII. CONCLUSÕES	57
VIII. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES	59
IX. REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	66
APÊNDICE 1. MATRIZ DE INDICADORES PARA ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO .	67
APÊNDICE 3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - GRAU DE IMPLANTAÇÃO	75
APÊNDICE 4. CHECK-LIST PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DA ESTRUTURA E DO PROCESSO	80
APÊNDICE 5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ANÁLISE DO CONTEXTO	83
APÊNDICE 6. PONTUAÇÃO OBTIDA NAS DIMENSÕES ESTRUTURA E PROCESSO	90

CONTINUAÇÃO	94
APÊNDICE 7. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE 8. MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA CONFERÊNCIA DE CONSENSO, COM O DESMEMBRAMENTO DO MODELO LÓGICO EM ITENS DE AVALIAÇÃO (1ª ETAPA)	97
ANEXOS.....	101
ANEXO 1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS .	102
ANEXO 2. CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO	103

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CG/FN-SUS - Comitê Gestor da Força Nacional-SUS

Cievs - Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

CME - Comitê de Monitoramento de Eventos

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DNCI - Doença de Notificação Compulsória Imediata

EA - Estudo de Avaliabilidade

EM - Evento de Massa

ESP- Eventos de Saúde Pública

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

GOARN - Rede Mundial de Alerta e Resposta

Mercosul - Mercado Comum do Sul

ML - Modelo Lógico

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde

SEVS - Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

Rede Cievs - Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SES - Secretaria Estadual de Saúde

Sime - Sistema de Monitoramento de Eventos em Saúde Pública

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

Unasul - União de Nações Sul-Americanas

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1. Classificação das fases dos Cievs, 2009.	18
Quadro 2. Critérios de classificação para o consenso	27
Quadro 3. Referencial normativo do Cievs utilizado na sistematização do modelo lógico e da matriz de indicadores no âmbito estadual, 2005-2014.	28
Quadro 4. Distribuições de pontos por categoria/indicador operacionais de análise, com base no Triângulo de Governo de Matus para classificação do contexto. Pernambuco, 2014	33
Quadro 5. Matriz de avaliação da Conferência de Consenso do modelo lógico do Cievs/PE: resultados do consenso, 2014.	41
Quadro 6. Análise do Contexto do Cievs em âmbito estadual. Pernambuco, 2015.	46
Quadro 7. Resultado da análise do contexto segundo categorias e sua influência no grau de implantação do Cievs estadual. Pernambuco, 2015.	49

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Instrumento de decisão para avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências em saúde pública de importância internacional - Anexo 2 do RSI (2005).	12
Figura 2. Fluxo de informações do Cievs/PE.	15
Figura 3. Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco após consenso.	33

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Grau de Implantação do Cievs, por componentes, em âmbito estadual. Pernambuco, 2015.	45
Tabela 2. Escores obtidos (nº e %) em relação aos valores da matriz de análise do contexto para avaliação do Cievs/PE. Pernambuco, 2015 .	47

I. INTRODUÇÃO

O processo de globalização tem trazido transformações que impactam na saúde pública dos países, com reflexos no cotidiano das pessoas e, conseqüentemente, na economia mundial.¹

A sociedade contemporânea caracterizada pela mobilidade, pela interdependência e interconexão entre os povos oferece oportunidades para a rápida disseminação de doenças infecciosas. A mesma tecnologia que reduziu, temporalmente, as distâncias geográficas entre nações, facilitou a propagação de doenças numa velocidade nunca vista na história da humanidade, requerendo um conjunto de medidas proativas para enfrentar essa nova realidade.^{1,2}

Com o ritmo acelerado da globalização, doenças que costumavam ser restritas geograficamente agora têm potencial de causar um surto em qualquer lugar do mundo³. As disparidades de desenvolvimento, colapso de pobreza, urbanização, conflitos civis e a degradação ambiental, a intensificação de viagens e comércio são fatores que contribuem para os novos desafios colocados pelas doenças infecciosas emergentes.⁴

As ameaças à saúde pública provocaram o desenvolvimento na diplomacia mundial da saúde, com isso os riscos de relevância ganharam esforços contemporâneos. Esse processo cria desafios para a governança mundial, colocando a necessidade de estratégias de articulação internacional, capazes de detectar e responder as ameaças saúde pública, sendo necessária a modernização de protocolos para responder a esses desafios.¹

1.1. Regulamento Sanitário Internacional

Diante das modificações no contexto tecnológico e econômico, entrou em vigor no dia 15 de julho de 2007 o Regulamento Sanitário Internacional - RSI (2005), instrumento jurídico internacional, aprovado em 2005 pela 58ª Assembleia Mundial de Saúde.²

O instrumento está em vigor nos 194 Estados Membros da OMS, também denominados Estados Partes. Segundo a Carta das Nações Unidas e os princípios de direito internacional, os Estados possuem o direito soberano de implementar a legislação a fim de cumprir suas próprias políticas de saúde, observando as determinações do RSI.²

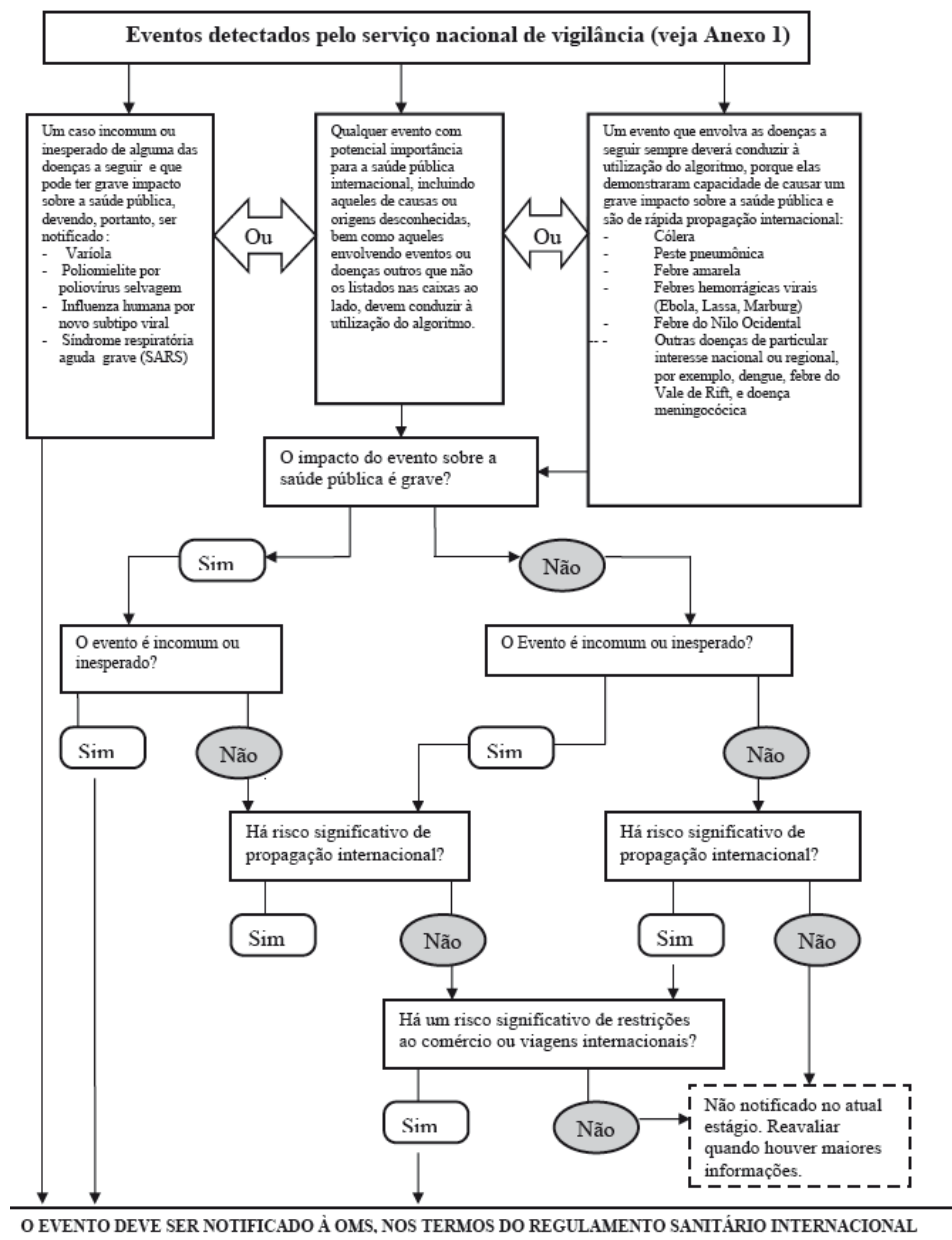
O RSI (2005) contempla novas estratégias de vigilância e controle das doenças transmissíveis, incluindo, adicionalmente, os eventos produzidos por agentes não biológicos. O propósito deste Regulamento envolve medidas preconizadas para prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneira proporcional e restrita aos riscos para a saúde pública, e que evite interferência desnecessária com o tráfego e o comércio internacionais.^{2,5}

Para tais finalidades, o RSI (2005) no seu artigo IV, orienta que cada país signatário deverá designar ou estabelecer um Ponto Focal Nacional, que se refere ao centro nacional, que estará permanentemente acessível para comunicação com os Pontos de Contato da OMS.⁶

Cada país signatário do RSI tem a função de avaliar os eventos que ocorrerem no seu território, utilizando o instrumento de decisão contido no seu Anexo II e notificar a OMS (Figura 1), pelos mais eficientes meios de comunicação disponíveis, por intermédio do Ponto Focal Nacional para o RSI e, dentro de 24 horas, a contar da

avaliação de informações de saúde pública, sobre todos os eventos em seu território que possam se constituir numa Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), bem como de qualquer medida de saúde implementada em resposta a tal evento (RSI, 2005).⁶

Figura 1. Instrumento de decisão para avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências em saúde pública de importância internacional - Anexo II do RSI (2005)



a) De acordo com a definição de casos da OMS.

b) A lista de doenças deve ser utilizada somente para os propósitos deste Regulamento.

Fonte: Anvisa, 2010.⁶

De acordo com o RSI (2005), ESPII significa um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países, com potencial para propagação internacional e que, em geral, requer uma resposta internacional coordenada.^{2,5}

A Emergência de saúde pública de Importância Nacional (ESPIN) é um evento que representa risco para a saúde pública nacional. Segundo o Artigo 2º do Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, a declaração de ESPIN ocorrerá nas situações epidemiológicas (surto ou epidemias), de desastres e de desassistência à população, que extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS ou, especificamente nas situações epidemiológicas, apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada ou apresentem gravidade elevada.⁷

Com os desastres naturais, podem ocorrer reações sociais de pânico e/ou de paralisação, advindas da movimentação de massas populacionais, podendo ou não ser organizadas, das exposições às intempéries climáticas, da logística de distribuição de alimentos e de água potável, da diminuição de qualidade sanitária, do aumento de eventos em saúde mental, dos danos à infraestrutura dos serviços de saúde, além do aumento da incidência de doenças transmissíveis.⁸

Cada Estado Parte deverá estar preparado para responder às emergências de qualquer origem, porque implicam prejuízos econômicos e sociais, principalmente, por afetar o estado de bem-estar, elevando à incidência de doenças e de mortes desnecessárias; a contaminação de água e de alimentos; a destruição da infraestrutura de serviços, além de acarretar efeitos negativos; dentre outros, sobre o estado psicológico da população.^{6,9}

1.2. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

Para acompanhar o novo contexto do processo de globalização o RSI, precisou ser revisado em 2005, exigindo dos países signatários o fortalecimento de sua capacidade de vigilância e resposta aos eventos de saúde pública.¹⁰ No Brasil ocorreu a implantação de um dispositivo para desenvolver os processos de detecção, avaliação e notificação das potenciais ESPIN, denominado Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - Cievs.⁶

O Cievs Nacional foi institucionalizado segundo a Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005, e está inserido no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) como estratégia de vigilância das emergências em saúde pública e compõe a Rede Mundial de Alerta e Resposta (Global Outbreak Alert and Response Network – GOARN).¹¹

Possui a função de propiciar o gerenciamento de informações sobre as emergências e coordenar resposta apropriada pelo MS, além de fomentar a captação de notificações e de informações, sobre eventos de saúde pública, reportados na mídia em geral ou pela população (rumores) com a posterior confirmação da veracidade das informações, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos avançados de comunicação.¹²

O Cievs opera de forma ininterrupta durante todos os dias do ano, conta com equipe especializada e estrutura tecnológica que possibilita ampliar a capacidade de uso de informações estratégicas e de comunicação com outras esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Utiliza informações procedentes de notificações realizadas por profissionais e serviços de saúde e Secretarias Municipais (SMS) e Estaduais (SES). Para realização da notificação, o Cievs conta com linhas telefônicas de acesso gratuito

fax, email institucional, exclusivos ou diretamente na página da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs) em área específica para notificação de emergências.¹¹

O Cievs analisa informações capturadas de fontes não oficiais acessadas por meio de monitoramento diário de alguns veículos de comunicação, aplicativos de mídias sociais (Facebook, tweetdeck) ou acesso às páginas de organizações internacionais como OMS, *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos e de instituições de saúde de diversos países.¹¹

Dessa forma, as principais atribuições do Cievs são detecção, avaliação da veracidade, monitoramento e o compartilhamento de informações epidemiológicas atualizadas para identificar precocemente os riscos e as emergências em saúde pública, além da resposta coordenada (Figura 2). Assim, observa-se a importância tanto da busca ativa, recebimento de dados dos Cievs Estaduais/Municipais e de instituições parceiras de saúde.¹³

Figura 2. Fluxo de informações do Cievs/PE



Fonte: Cievs/SES/PE, 2014.

Esse Centro mantém um canal de comunicação direto com os países do Mercado Comum do Sul (Mercosul), com a União de Nações Sul-Americanas (Unión de Naciones Suramericanas - Unasul), e com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), para promover a cooperação técnica e apoio logístico em situações de emergência em que os riscos de saúde são compartilhados através das fronteiras nacionais.¹⁴

Para isso, o Cievs, responsável pela vigilância das doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória imediata, possui diversos canais de comunicação que estão disponíveis para os serviços e profissionais de saúde utilizarem no ato da notificação destes eventos, considerados emergências em saúde pública de relevância nacional, que estão discriminados, na Portaria SVS/MS Nº1. 271.¹⁵

Além das doenças de notificação compulsória imediata, o Cievs recebe outras notificações, como doenças específicas ou de etiologia desconhecida que possam constituir ESPII. Para avaliação e notificação de eventos deve-se utilizar o instrumento de decisão presente no Anexo II do RSI (2005).⁶

Os Eventos de Saúde Pública (ESP) relevantes são monitorados rotineiramente pela SVS, no âmbito do Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), com a participação do Cievs Nacional, bem como das demais áreas técnicas da SVS. Além disso, o Comitê Gestor da Força Nacional-SUS (CG/FN-SUS), coordenado pela Secretaria Executiva do MS, com a participação das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, pode solicitar o acionamento de uma estrutura de resposta à emergência de saúde pública.¹⁶

1.3. Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública

A Rede Cievs trata-se de uma rede integrada de unidades de alerta e resposta com a finalidade de viabilizar o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão.¹⁷ Esta Rede pode ser considerada como temática, relacionada à emergência de saúde pública, e está contemplada na 3ª Diretriz do Pacto pela Saúde “Mais Saúde”.¹⁸

Atualmente a Rede Cievs possui 57 centros em funcionamento, distribuídos nas SES, SMS capitais, municípios estratégicos e de fronteiras. Esta é composta por unidades de monitoramento e de equipes de resposta rápida às emergências de saúde pública, contam com estruturas similares ao Cievs/MS e estão adaptadas de acordo com a necessidade e capacidade de cada secretaria.¹⁴

Um Cievs estadual e/ou municipal deve ser estruturado de acordo com uma padronização mínima, necessária para garantir e aprimorar a oportunidade das ações de detecção e resposta oportuna às emergências de saúde pública.¹⁷

Para acompanhar o processo de implantação/monitoramento da Rede Cievs nas SES e SMS, o MS, por intermédio do Cievs/MS, coordenador da rede no país, classificou os centros em “três fases de desenvolvimento (I, II ou III)” resumidamente (Quadro 1).¹⁷

Baseado na classificação proposta pelo MS foi desenvolvido um estudo que descreveu o Cievs/MS e apesar das deficiências apontadas, considerou-se que a estrutura organizacional, tecnológica e de recursos humanos disponível era adequada para receber, analisar e dar respostas às questões inerentes à ocorrência, no território nacional, das emergências em saúde pública.¹⁹

Diante de sua recente criação, é necessário consolidar o Cievs, tanto do ponto de vista organizacional, quanto institucional. Assim, faz-se necessário validar um modelo de avaliação para os centros que compõe a Rede Cievs com o intuito de contribuir com o seu fortalecimento.

Quadro 1. Classificação das fases dos Cievs, 2009

REQUISITOS	
I Centro Estruturado	a.infraestrutura específica; b.equipamentos instalados.
II Implantação Parcial	a.infraestrutura específica; b.equipamentos instalados; c.redundância: duas vias para cada processo de trabalho (e-mail institucional e telefone para notificação ou notificação via FormSUS); d.funcionamento em tempo integral: possuir fluxos e equipes presenciais ou de sobreaviso (24 horas por dia); e.monitoramento de fontes não oficiais: Promed, RSS, Clipping, mídia em geral.
III Centro Implantado	a. infraestrutura específica; b. equipamentos instalados; c. redundância: duas vias para cada processo de trabalho (e-mail institucional, telefone para notificação ou notificação via FormSUS); d. funcionamento em tempo integral: possuir fluxos e equipes presenciais ou de sobreaviso (24 horas por dia); e. monitoramento de fontes não oficiais: Promed, RSS, <i>Clipping</i> , mídia em geral; f. Comitês de Avaliação dos Eventos: reuniões periódicas para avaliação das emergências em curso, com participação das áreas técnicas e outros parceiros; g. divulgação de informações estratégicas (Lista de Verificação de Emergência de saúde pública - LVE); h. protocolos de operação e resposta: desencadeamento, com clareza das tarefas de cada setor

Fonte: Brasil, 2010.¹⁷

1.4. Avaliação em Saúde

A avaliação tem se mostrado uma excelente ferramenta para identificar falhas sobre o funcionamento, a qualidade, a efetividade e a segurança de uma intervenção, bem como, sobre a satisfação dos usuários. Ajuda a melhorar as intervenções em saúde e contribui para a tomada de decisão, tendo como objetivo final a qualidade de vida dos usuários.^{20,21}

A avaliação no campo da saúde transita no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo essencialmente em imprimir juízo de valor sobre uma intervenção, permitindo aos diferentes atores envolvidos, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.²²

Com o intuito de saber em que medida um programa está em condições de se submeter a uma avaliação, recomenda-se a realização de uma pré-avaliação ou estudo de avaliabilidade (EA).²³

O EA foi idealizado na década de 1970 por Wholey,²⁴ como um método de análise para programas que se encontravam em estágio insuficiente de desenvolvimento para se submeter à avaliação, maximizando a oportunidade, potencialidade e contribuindo para uma maior utilidade dos estudos avaliativos, ajudando a destacar os propósitos e o foco avaliativo, gerando um entendimento aprofundado sobre o programa e apreciação prévia acerca das possibilidades de avaliação.^{25,26}

A estruturação é uma tarefa importante para a construção e desenvolvimento de um bom estudo. Leviton e cols.²⁷ propuseram algumas etapas: (a) esclarecer objetivos e metas do programa; (b) desenvolvimento e pactuação do modelo lógico com os interessados; (c) análise e comparação entre a realidade do programa e o modelo lógico; e (d) elaboração das recomendações.

Entre os tipos de estudos utilizados para avaliar uma intervenção destacam-se: a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa é apoiada em normas, critérios e/ou padrões estabelecidos buscando apreciar cada um dos componentes da intervenção. Enquanto, a pesquisa avaliativa avança na perspectiva mais analítica, e relacional entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual está inserida.²⁸

Champagne *et al.*²⁹ descrevem seis tipos de pesquisas avaliativas, que variam de acordo com as questões formuladas sobre as intervenções, as quais definem os métodos de análise a serem utilizados: 1) estratégica - analisa a pertinência de uma intervenção; 2) da lógica – determina os fundamentos do modelo teórico; 3) da produção – estuda as relações entre o volume e a qualidade dos serviços produzidos e os recursos utilizados; 4) dos efeitos – examina as relações causais entre uma intervenção e os seus efeitos; 5) da eficiência – analisa os rendimentos e 6) de implantação.

Esta última tem como objetivo especificar o conjunto de fatores que interferem nos resultados obtidos após a introdução de uma intervenção.²² A análise de implantação se decompõe em quatro tipos: Tipo 1a: análise de transformação da intervenção; tipo 1b: análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção; tipo 2: análise da influência da variação da implantação sobre os efeitos observados e tipo 3: análise da influência da interação entre o contexto de implantação e o grau sobre os efeitos observados.²⁸

Por contexto de implantação pode-se descrever, como Rychetnik *et al.*,³⁰ o ambiente social, político e organizacional dentro do qual uma intervenção é implementada.

Os teóricos da organização sugerem diversos modelos para estudar a influência do contexto na implantação das intervenções, que podem ser agrupados em cinco

perspectivas: Racional, Desenvolvimento Organizacional, Psicológico, Estrutural e Político.²⁹

Diante da diversidade de abordagens, Denis e Champagne²⁹ propõem o modelo político e contingente, que se inspira na perspectiva política e estrutural. Neste, os atores podem apoiar a intervenção se observarem nela um meio para atualizar suas estratégias de ação na organização, e são as práticas destes atores que organizam os processos e sofrem influências da estrutura. Dessa forma, conhecer as contribuições positivas do contexto na implementação de intervenções aumenta as chances de proposições futuras mais acertadas.

O primeiro passo para analisar a implantação de uma intervenção é conhecê-la detalhadamente, o que pode ser feito através da construção do modelo teórico ou teórico-lógico, que é uma apresentação esquemática do objeto de estudo, tem como objetivo contribuir para o conhecimento global do programa a ser avaliado evitando erros de planejamento. Nesta ferramenta estão discriminados os componentes da intervenção e a forma de operacionalização dos mesmos, considerando uma sequência lógica de atividades que determinam os efeitos finais.^{28,31}

Outro instrumento utilizado no planejamento da avaliação é a matriz de indicadores na qual se dispõe para cada indicador os critérios ou padrões e resultados. Esta Matriz toma por base o modelo lógico e permite, por meio da inserção de informações quantitativas e qualitativas, estabelecer os parâmetros para o julgamento da intervenção.²³

A utilização desses métodos e técnicas da avaliação permitirá conhecer o CievS de forma global e o resultado da pesquisa avaliativa da análise de implantação tem a propriedade de contribuir para identificação de problemas relacionados à organização e

funcionamento desses programas e de sustentar decisões direcionadas ao seu aprimoramento e consolidação.

Partindo da importância do Cievs diante dos Eventos de Saúde Pública, como uma estratégia recente e a escassez de publicações sobre o tema, este estudo objetivou estudar sua implantação no estado de Pernambuco.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A variabilidade dos cenários de risco decorrente da maior mobilidade, interdependência e interconexão entre os povos, aumentando a capacidade de disseminação de doenças contagiosas na sociedade contemporânea;
- O estabelecimento de mecanismos de fortalecimento das capacidades de detecção e resposta da vigilância, advindas da revisão do Regulamento Sanitário Internacional (2005);
- A necessidade de avaliar, padronizar e implementar a estratégia Cievs considerando a evolução dos cenários técnico e político relacionados a este centro desde a sua implantação.

Este estudo torna-se pertinente por:

- Contribuir com a construção de um modelo lógico para avaliação do Cievs Pernambuco e planejamento das suas ações envolvendo as Emergências em Saúde Pública;
- Propor um método replicável para avaliação dos demais componentes da Rede Cievs.
- Identificar fortalezas e fragilidades para o pleno desenvolvimento da estratégia.
- Subsidiar a tomada de decisão para aprimoramento e fortalecimento da estratégia Cievs na manutenção das capacidades essenciais de vigilância e resposta às Emergências em Saúde Pública;

III. OBJETIVOS

Geral

Avaliar a implantação do Cievs do estado de Pernambuco no período de 2013 a 2014.

Específicos

- Analisar os elementos contextuais relacionados ao processo de implantação do Cievs;
- Estimar o grau de implantação (GI) do Cievs Pernambuco;
- Avaliar influência do contexto no grau de implantação do Cievs.

IV.MÉTODOS

4.1.Desenho do estudo

Foi desenvolvido um estudo avaliativo tipo análise de implantação no seu componente 1b, que se caracteriza pela análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção.^{22,28}

Utilizou-se a estratégia de caso único que se limita à análise em profundidade de um fenômeno em um só meio, sendo útil primeiramente à avaliação de uma teoria bem estruturada, onde o pesquisador confronta um modelo teórico com uma realidade empírica.³²

4.1.1. Análise do Grau de Implantação

Elaboração e Consenso do Modelo Lógico (ML)

Foi elaborado o modelo lógico desta estratégia (Apêndice 1) utilizando-se documentos oficiais da Rede Cievs e atividades da rotina deste setor no âmbito estadual (Quadro 2).

Na construção preliminar do modelo lógico foram identificados os componentes: Detecção, Avaliação de Risco, Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública e Resposta Coordenada, descrevendo as atividades e a estrutura necessária ao desenvolvimento; produtos, resultados esperados e o impacto para cada um deles.

Foram convidados especialistas, dois do nível federal, três do nível estadual e um do municipal, inseridos nas áreas de emergência de saúde pública, com produção científica, conhecimento da estratégia Cievs que atuavam ou tinham atuado na Rede Cievs e se empenharam para a consolidação da estratégia Cievs em Pernambuco.

O modelo lógico foi submetido a consenso por meio da técnica Conferência de Consenso proposta por Souza *et al.*,³³ por conciliar tanto a discussão entre os especialistas quanto à preservação do anonimato.

A Conferência de Consenso foi organizada em três etapas:

1ª etapa: cada especialista recebeu via correio eletrônico o ML do Cievs, para opinar quanto à importância de cada critério mediante atribuição de notas de zero (o item seria excluído do ML) a dez, imprescindível. Puderam também sugerir a exclusão, a modificação de dimensões (estrutura e processo) e critérios (itens da estrutura e atividades do processo) ou propor a inclusão de novos.

Para todos os itens do ML foram calculados a média e o desvio-padrão (DP). A média, fixada em sete, proporcionou mensurar o grau de importância do critério, enquanto o desvio-padrão, fixado em três, permitiu estimar o grau de consenso.

2ª etapa: oficina com os especialistas, para a discussão acerca das avaliações realizadas individualmente, troca de experiências e o confronto de opiniões, principalmente em torno dos pontos de maior divergência apresentados como resultado da etapa anterior.

3ª etapa: nova análise individual do modelo lógico, que foi reformulado pelo debate, nos moldes da primeira etapa e cálculo da média e DP das respostas.

Após essa etapa, os critérios foram analisados quanto à importância atribuída pelos especialistas valendo-se da classificação de pontos obtidos segundo Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva (Tabela 1).³⁴

Quadro 2. Critérios de classificação para o consenso

Média	Desvio-padrão	Classificação do critério
Igual ou maior que 7	Menor que 3	Consensualmente importante
Menor que 7	Menor que 3	Consensualmente pouco importante
Igual ou maior que 7	Igual ou maior que 3	Importante com dissenso
Menor que 7	Igual ou maior que 3	Pouco importante com dissenso

Fonte: Souza *et al.*³³

Elaboração da Matriz de Indicadores

À luz do modelo lógico, consensuado por especialistas, foi elaborada a matriz de indicadores para o âmbito estadual (Apêndice 1), contendo as dimensões, os critérios ou padrões de avaliação e fonte de obtenção.

Os critérios e/ou padrões de análise do Cievs foram apoiados nas definições e categorias operacionais adotadas no arcabouço legal e normativo que o regula (Quadro 2), além das atividades realizadas na rotina do serviço.

Quadro 3. Referencial normativo do Cievs utilizado na sistematização do modelo lógico e da matriz de indicadores no âmbito estadual, 2005-2014

DOCUMENTOS	
Decreto	Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência de saúde pública de Importância Nacional-ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS.
Portarias	Portaria GM/MS nº 30 de 07 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação.
	Portaria GM/MS nº 1.865/, de 10 de agosto de 2006. Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS como ponto focal nacional para o RSI junto à Organização Mundial da Saúde.
	Portaria Estadual, nº 493, de 06 de julho de 2009. Institui o Centro de Informações Emergenciais de Vigilância em Saúde; define suas atribuições, composição e coordenação.
	Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.
	Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência de saúde pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).
	Portaria GM/MS nº 1378, de 09 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
	Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e dá outras providências.
Protocolos	Protocolo de Indicadores de Classificação da Rede Cievs no Brasil, 2009.
	Protocolo do Monitoramento de Eventos de Relevância Nacional e Internacional, 2009.
	Protocolo de Detecção de Eventos de Saúde Pública, 2014.
	Protocolo de Estratégias de comunicação do Cievs, 2014.
	Protocolo de Avaliação de Risco, 2014.
Regulamento	Regulamento Sanitário Internacional – RSI (2005)
Plano	Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Gestão das ações da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2013

A matriz de indicadores foi submetida à consulta com os mesmos especialistas, que participaram da Conferência de Consenso, para realização da sua versão final e posteriormente norteou a elaboração do instrumento para coleta de dados para verificar o GI.

4.1.2. Análise do Contexto

A análise do contexto foi realizada a partir da revisão documental, observação direta e entrevista semi-estruturada, baseado no modelo Político e Contingente.²⁹ Para sua operacionalização foi utilizado o Triângulo de Governo de Matus que envolve as categorias Projeto de Governo (PG), Capacidade de Governo (CG) e Governabilidade do Sistema (GS).³⁵

O Projeto do Governo refere-se ao conjunto de propostas de ações que um ator pretende realizar para alcançar seus objetivos. Expressa o capital político e intelectual dos atores; A Capacidade de Governo diz respeito ao capital teórico, instrumental e experiência acumulada que tem um ator e sua equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo. A Governabilidade expressa o poder que que determinado ator tem para realizar o seu projeto.³⁵

Os indicadores estabelecidos para cada categoria estão descritos na Matriz de Análise de Contexto (Apêndice 2).

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Pernambuco na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde - SEVS/SES onde o Cievs, instituído pela Portaria Estadual Nº 493, de 06 de julho de 2009, está inserido. As ações do Cievs abrangem todo o estado, que possui extensão territorial de 98.146,315 km² e população estimada para 2014 de

9.277.727 habitantes, dividido em 184 Municípios e o distrito de Fernando de Noronha, distribuídos em 12 Regiões de Saúde.^{36,37}

4.3.Período do estudo

O período de estudo foi de março de 2014 a setembro de 2015 e o período de referência para o estudo o ano de 2013/2014.

4.4. População do estudo

A população do estudo foi representada pelos gestores (secretário executivo, diretor, gerente e coordenador) e técnicos do Cievs/PE.

4.5.Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

4.5.1.Critérios de Inclusão

Secretário executivo, diretor, gerente, coordenador e técnicos que atuaram no Cievs por pelo menos um semestre, durante o período de 2013 a 2014.

4.5.2. Critérios de Exclusão

Participantes afastadas por licença gestacional.

4.6.Coleta de dados

4.6.1. Instrumentos para coleta de dados

Para aferir o GI foi realizada a coleta dos dados primários por meio de instrumento estruturado composto por questões relativas à estrutura e processo, aplicado

ao diretor, gerente, coordenador e técnicos do Cievs e um *check-list* para observação sistemática (Apêndices 3 e 4).

Para analisar a influência do contexto foram coletados dados primários por meio de entrevistas aplicadas ao secretário executivo de vigilância em saúde, diretor, gerente, coordenador e técnicos do Cievs/PE mediante formulário semiestruturado que contempla o marco teórico do estudo (Apêndice 5).

4.7. Processamento e análise dos dados

Os dados quantitativos foram digitados e analisados em planilhas eletrônicas *Excel* e posteriormente julgados conforme os parâmetros estabelecidos nas matrizes de indicadores e de análise de contexto.

A obtenção do GI foi por meio de sistema de pontuação máxima arbitrado para as dimensões de estrutura e processo (Apêndice 6). Após a soma da pontuação alcançada em cada dimensão foi calculado o percentual em relação à pontuação máxima esperada. Também foram atribuídos pesos diferentes às dimensões estrutura (peso quatro) e processo (peso seis), considerando que, mesmo em condições ideais da estrutura, não é possível garantir a implantação satisfatória de uma intervenção sem que o processo seja também satisfatório. Por outro lado, alguns esforços empenhados no processo garantem, em algumas condições, resultados satisfatórios mesmo diante de uma estrutura precária. Daí a opção pela valorização dos indicadores de processo na presente avaliação³⁸.

Dessa forma, para calcular o GI da intervenção foi realizado o somatório das pontuações alcançadas pelas dimensões estrutura e processo (Apêndice 6) e calculada a média ponderada.

Para o julgamento do GI foi utilizado um sistema de escores, arbitrado pela pesquisadora, adotando a classificação em três estratos:

- **Implantado** - 80 a 100%;
- **Parcialmente implantado** - 60 a 79,9%;
- **Não implantado** - < 60%.

A classificação do contexto foi obtida por meio da atribuição de pontos as categorias analisadas: PG, CG e GS conforme exposto no Quadro 3.

Para julgamento do contexto foi obtida a classificação por categoria a partir da pontuação alcançada comparada com o total de pontos máximos da categoria. A diferença percentual entre a pontuação máxima obtida foi classificada pela metodologia proposta por Silva *et al.*,³⁹ que estabeleceu os seguintes pontos de corte, distribuídos em tercis: (1) **Favorável**: > 66,6%; (2) **Pouco favorável**: > 33,3% e ≤ 66,6% e **Não favorável**: ≥ 0 e ≤ 33,3%.

Quadro 4. Distribuições de pontos por categoria/indicador operacionais de análise, com base no Triângulo de Governo de Matus para classificação do contexto. Pernambuco, 2014

CATEGORIAS DE ANÁLISE E DEFINIÇÃO	PONTOS MÁXIMOS (GESTORES/ TÉCNICOS)	INDICADORES OPERACIONAIS	PONTO MÁX.
Projeto de Governo <i>Refere-se ao conteúdo propositivo do plano, com ações que se pretende realizar para alcançar objetivos</i>	35	Estratégia Cievs no Plano de Governo	06
		Emergência de saúde pública no Plano de Governo	06
		Recurso financeiro	06
		Estratégia/estrutura complementar as ESP	05
		Iniciativas intersetoriais	06
		Informações para planejamento das ações	06
Capacidade de Governo <i>Capital teórico, instrumental e experiência acumulada da equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo</i>	30	Capacidade técnica e habilidade prática dos gestores e técnicos	06
		Estrutura física e componente tecnológicos	06
		Adequação do quadro técnico às necessidades do Cievs	06
		Reconhecimento do Cievs no organograma	06
		Articulação entre atores envolvidos	06
Governabilidade <i>Relacionada à liberdade de ação de que dispõem os atores sociais em situação, em face das variáveis. Capacidade de explicar a realidade, antecipar respostas e propor ações adequadas</i>	35	Autonomia financeira do responsável	05
		Adesão dos interessados	05
		Estrutura político-administrativa	05
		Estabilidade dos profissionais	05
		Adesão dos profissionais do Cievs á gestão	05
		Satisfação da coordenação estadual com a nacional	05
		Participação dos profissionais do Cievs no processo de decisão das ações	05

O contexto final foi classificado a partir do cálculo da média das pontuações máximas obtida nas categorias e comparado a pontuação máxima geral. A diferença percentual entre a pontuação máxima classificou o contexto final, utilizando os mesmos pontos de corte citados acima, como Favorável, Pouco Favorável ou Não Favorável à implantação do Cievs/PE.

No que concerne a análise da influência do contexto no grau de implantação, esta foi realizada mediante o confronto entre o grau de implantação e a classificação do contexto, visando identificar que categorias estariam influenciando positiva ou negativamente a implantação.

4.8. Aspectos éticos

Esta pesquisa não conferiu risco à integridade física do participante, pois não se tratou de um estudo experimental, apenas risco de constrangimentos ao entrevistado, quando julgasse não saber responder às questões, e ainda, por mostrar as falhas da gestão estadual, em virtude dos resultados da avaliação. O projeto está de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, sob o nº 4490-14 e aprovado no dia 21/11/2014 (Anexo 1). Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a confidencialidade dos dados, o anonimato dos entrevistados, assim como, a possibilidade de descontinuidade na pesquisa (Apêndice 7).

Obteve-se a carta de anuência do órgão – Secretaria Estadual de Saúde - (Anexo 2). As informações coletadas foram utilizadas para fins acadêmicos e de divulgação da pesquisa, comprometendo-se com a divulgação da fonte, assim como a preservação dos nomes dos entrevistados.

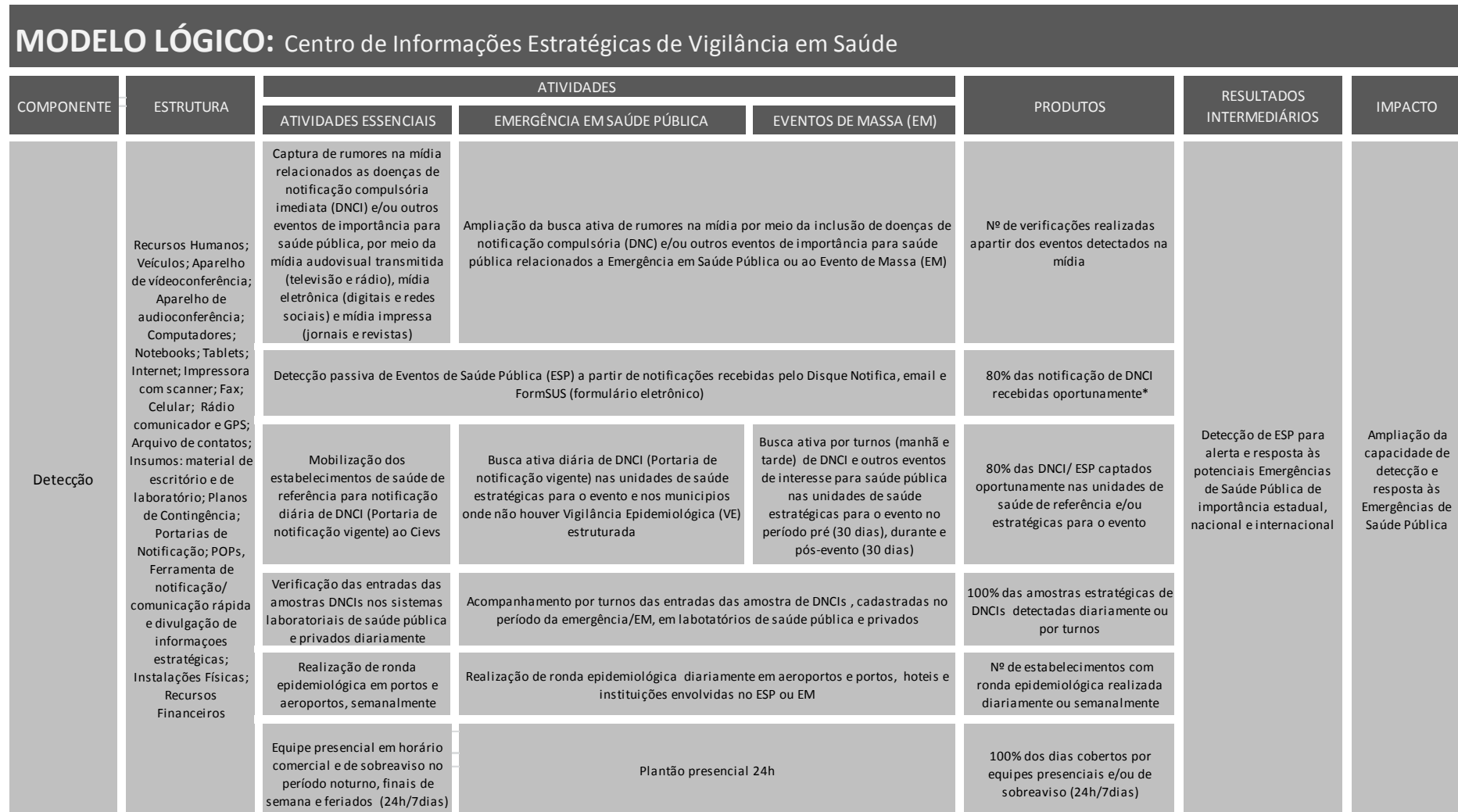
V. RESULTADOS

5.1. Grau de Implantação

5.1.1. Conferência de Consenso do Modelo Lógico: Consensos e dissensos

O modelo do Cievs/PE apresentado neste estudo está estruturado em cinco componentes: detecção, avaliação de risco, monitoramento dos eventos de saúde pública e resposta coordenada. Na figura 3 estão apresentados os aspectos considerados essenciais ao funcionamento do Cievs estadual após consenso.

Figura 3. Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco após consenso



Continua

MODELO LÓGICO: Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (continuação)

COMPONENTE	ESTRUTURA	ATIVIDADES			PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
		ATIVIDADES ESSENCIAIS	EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	EVENTOS DE MASSA (EM)			
Avaliação de Risco	Recursos Humanos; Veículos; Aparelho de vídeoconferência; Aparelho de audioconferência; Computadores; Notebooks; Tablets; Internet; Impressora com scanner; Fax; Celular; Rádio comunicador e GPS; Arquivo de contatos; Insumos: material de escritório e de laboratório; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; POPS, Ferramenta de notificação/comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas; Instalações Físicas; Recursos Financeiros	Avaliação da veracidade do ESP e validação das suas informações necessárias quanto a importância em saúde pública	Avaliação da veracidade do ESP e comunicar ao Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS) estadual, Cievs/MS e outros atores envolvidos		100% dos ESP captados pelo Cievs avaliados quanto a veracidade	Identificação da relevância do ESP de importância estadual, nacional e internacional para monitoramento e resposta coordenada	
		Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos			Cenário de risco analisado mensalmente ou conforme relevância epidemiológica		
Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública		Notificação das DNCI, em até 24h a partir da suspeita inicial, ao Cievs/MS conforme portaria nacional de notificação compulsória vigente	Aplicação das diretrizes do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS		100% dos eventos captados pelo Cievs que possam constituir emergências de saúde pública avaliados e notificados em até 24h a partir da suspeita inicial	Monitoramento contínuo e análise epidemiológica dos ESP para subsidiar tomada de decisão para definição das estratégias de resposta	Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública
		Acompanhamento diário dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (SIME) e/ou ferramentas de acompanhamento de eventos	Acompanhamento diário e/ou em tempo real dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e /ou ferramentas de acompanhamento do evento		100% dos eventos de importância à saúde pública monitorados		
		Elaboração de painel de monitoramento para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica		Elaboração e acompanhamento em tempo real de painel de monitoramento por meio de ferramentas estratégicas	100% das semanas epidemiológicas/EM analisados por meio de painel de monitoramento		
		Reuniões semanais para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico	Reuniões diárias para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico		100% das reuniões realizadas semanalmente e/ou diariamente		
Resposta Coordenada		Registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)			100% dos eventos com informação de resposta atualizada	Contenção dos riscos de saúde pública, evitando a disseminação para outros territórios	
		Cooperação na articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública			Cooperação em 100% eventos necessários		

*Oportunamente: em até 24h a partir da suspeita inicial.

No Quadro 4 é apresentada a matriz de avaliação, com o desmembramento do modelo lógico em itens de avaliação. Esta matriz constitui a versão encaminhada para a apreciação dos especialistas na última etapa da Conferência de Consenso (CC) e resulta do processo de discussão desencadeado na etapa intermediária. A versão inicial da matriz que deu origem a esta última está demonstrada no apêndice 8.

Observou-se que em todas as etapas da CC prevaleceu o consenso acerca de se avaliar os componentes, a estrutura, os resultados intermediários e final. Em geral, as atividades e os produtos também se mostraram consensuais, embora tenha se identificado a necessidade de torná-las mais objetivas.

A primeira versão da matriz de avaliação encaminhada aos especialistas era composta por 80 itens sendo quatro componentes, 48 atividades, 16 produtos, quatro resultados intermediários, além da estrutura unificada e do impacto. Com a promoção do debate entre os especialistas na segunda etapa da CC avaliaram-se que muitos desses critérios apresentavam falta de clareza na redação, outros poderiam ser modificados para atender o objetivo ideal de funcionamento de um Cievs em âmbito estadual.

Tais questionamentos proporcionaram uma ampla revisão da matriz, a fim de torná-la mais objetiva, o que resultou em mudanças significativas no arranjo dos critérios, mais em termos qualitativos do que quantitativos. Com isso, a última versão da matriz, encaminhada para o estabelecimento do consenso, permaneceu com os mesmos critérios.

Como resultado da primeira etapa da CC obteve-se dos 80 critérios oito classificados como não consensuais, sendo cinco considerados importantes para o desempenho do Cievs em âmbito estadual. Além disso, ressalta-se que destes, 20

critérios, mesmo classificados como consensualmente importantes, obtiveram desvio-padrão igual ou superior a 2, variando de 2 a 2,9, ou seja, mais próximos do limite de serem considerados não consensuais.

Após a reformulação da matriz de avaliação, o resultado do consenso na etapa final (Quadro 4) indicou oito critérios não consensuais dos 80 que integram a matriz, onde todos foram classificados como importantes. Permaneceu como não consensual a articulação com as áreas técnicas para a elaboração de material (notas técnicas, informes e alertas) relacionado aos ESP e divulgação aos Cievs municipais, áreas técnicas da SES, Geres e unidades de saúde (média= 8,2 e desvio-padrão= 4,0), coincidindo com o resultado na primeira etapa, que se repetiu nos três momentos, como atividade essencial, emergência de saúde pública e evento de massa.

Passaram a não ser consensuais: Coordenação das ações de resposta a eventos inusitados quando superada as capacidades das unidades técnicas gestoras nos aspectos de vigilância em saúde (média= 8,2 e desvio-padrão= 4,0), Unidades técnicas gestoras apoiadas tecnicamente em 100% das DNCI detectadas (média= 7,7 e desvio-padrão= 3,9) e material elaborado e divulgado (média= 7,6 e desvio-padrão= 4,3). Deixaram de ser dissenso e passaram para consensual: número de verificações realizadas a partir dos eventos detectados na mídia (média= 9,2 e desvio-padrão= 1,1), 100% das amostras estratégicas de DNCI detectadas diariamente ou por turnos (média= 9,0 e desvio-padrão= 1,4) e aplicação das diretrizes do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS (média= 9,7 e desvio-padrão= 0,8).

Entre os itens importantes e consensuais destacam-se onze critérios com média=10,0 e desvio-padrão = 0,0, ou seja, com o grau máximo de consenso entre os especialistas.

Em relação aos componentes, os que obtiveram maior importância relativa foram o de Detecção (média= 9,6 e desvio-padrão= 0,8), Avaliação de risco (média= 9,8 e desvio-padrão= 0,4) e Monitoramento dos eventos de saúde pública (média= 9,6 e desvio-padrão= 0,9). Destaca-se com a menor importância relativa e maior grau de divergência o componente Resposta Coordenada (média= 8,8 e desvio-padrão= 2,5).

Quadro 5 .Matriz de avaliação da Conferência de Consenso do modelo lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco: resultados do consenso, 2014.

CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente A: DETECÇÃO	10,0	0,0
A1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos matérias; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Plataforma Online,Portarias de Notificação, Protocolos Operacionais Padrão; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	9,3	1,2
A2. Atividades essenciais:		
A2.1 Captura de rumores na mídia relacionados as doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) através da mídia audiovisual transmitida (televisão e rádio), mídia eletrônica (digitais e redes sociais) e mídia impressa (jornais e revistas) diariamente	9,8	0,4
A2.2 Detecção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	9,8	0,4
A2.3 Mobilização das unidades de saúde de referência para notificação diária de DNCI (Portaria de notificação vigente) ao Cievs	9,8	0,4
A2.4 Verificação das entradas das amostras DNCI nos sistemas laboratoriais de saúde pública e privados diariamente	8,8	1,5
A2.5 Realização de ronda epidemiológica em portos e aeroporto, semanalmente	8,8	2,0
A2.6 Equipe presencial em horário comercial e de sobreaviso no período noturno, finais de semana e feriados (24h/7dias)	9,8	0,4
A3. Atividades em Emergência de Saúde Pública		
A3.1 Ampliação da busca ativa de rumores na mídia por meio da inclusão de DNCI e doenças de notificação compulsória (DNC) relacionada a Emergência de saúde pública ou ao Evento de Massa (EM)	9,8	0,4
A3.2 Detecção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	9,8	0,4
A3.3 Busca ativa diária de DNCI (Portaria de notificação vigente) nas unidades de saúde estratégicas para o evento e nos municípios onde não houver Vigilância Epidemiológica (VE) estruturada	9,6	0,9
A2.4 Acompanhamento por turnos das entradas das amostra de DNCI, cadastradas no período da emergência/EM, em laboratórios de saúde pública e privados	9,0	1,4
A2.5 Realização de ronda epidemiológica diariamente em aeroporto e portos, hotéis e instituições envolvidas no ESP ou EM	9,8	0,4
A2.6 Plantão presencial 24h	9,3	1,0
A4 Atividades em Eventos de massa		
A4.1 Ampliação da busca ativa de rumores na mídia por meio da inclusão de DNCI e doenças de notificação compulsória (DNC) relacionada a Emergência de saúde pública ou ao Evento de Massa (EM)	9,8	0,4
A4.2 Detecção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	9,8	0,4
A4.3 Busca ativa por turnos (manhã e tarde) de DNCI e outros eventos de interesse para saúde pública nas unidades de saúde estratégicas para o evento no período pré (30 dias), durante e pós-evento (30 dias)	9,7	0,8
A2.4 Acompanhamento por turnos das entradas das amostra de DNCI, cadastradas no período da emergência/EM, em laboratórios de saúde pública e privados	9,0	1,4
A2.5 Realização de ronda epidemiológica diariamente em aeroporto e portos, hotéis e instituições envolvidas no ESP ou EM	9,8	0,4
A2.6 Plantão presencial 24h	9,3	1,0
Produto A.2.1, A3.1, A4.1: N° de verificações realizadas a partir dos eventos detectados na mídia	9,2	1,1
Produto A.2.2, A3.2, A4.2: 80% das notificação de DNCI recebidas oportunamente	9,7	0,8
Produto A.2.3, A3.3, A4.3: 80% das DNCI/ ESP captados oportunamente nas unidades de saúde de referência e/ou estratégicas para o evento	9,8	0,4
Produto A.2.4, A3.4, A4.4: 100% das amostras estratégicas de DNCI detectadas diariamente ou por turnos	9,0	1,4
Produto A.2.5, A3.5, A4.5: N° de estabelecimentos com ronda epidemiológica realizada diariamente ou semanalmente	9,0	1,4
Produto A.2.6, A3.6, A4.6: 100% dos dias cobertos por equipes presenciais e/ou de sobreaviso (24h/7dias)	9,7	0,8

A5. Resultado Intermediário: Detecção de ESP para alerta e resposta às potenciais Emergências de Saúde Pública de importância estadual, nacional e internacional	10,0	0,0
A6. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	10,0	0,0
TOTAL	9,6	0,8

Continuação

CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente B: AVALIAÇÃO DE RISCO	10,0	0,0
B1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos materiais; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Plataforma Online, Portarias de Notificação, Protocolos Operacionais Padrão; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	9,8	0,4
B2. Atividades essenciais:		
B2.1 Avaliação da veracidade do ESP e validação das suas informações necessárias quanto à importância em saúde pública	9,6	0,9
B2.2 Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos	9,7	0,8
B2.3 Notificação das DNCI, em até 24h a partir da suspeita inicial, ao Cievs/MS conforme portaria nacional de notificação compulsória vigente	10,0	0,0
B3. Atividades em Emergência de Saúde Pública		
B3.1 Avaliação da veracidade do ESP e comunicar ao Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS) estadual, Cievs/MS e outros atores envolvidos	9,8	0,4
B3.2 Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos	9,7	0,8
B3.3 Aplicação do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS	9,7	0,8
B4. Atividades em Eventos de Massa		
B4.1 Avaliação da veracidade do ESP e comunicar ao Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS) estadual, Cievs/MS e outros atores envolvidos	9,8	0,4
B4.2 Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos	9,7	0,8
B4.3 Aplicação das diretrizes do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS	9,7	0,8
B5. Produtos		
B2.1, B3.1, B4.1: 100% dos ESP captados pelo Cievs avaliados quanto a veracidade	9,8	0,4
B2.2, B3.2, B4.2: Cenário de risco elaborado mensalmente ou conforme relevância epidemiológica	9,7	0,8
B2.3, B3.3, B4.3: 100% dos eventos captados pelo Cievs que possam constituir emergências de saúde pública avaliados e notificados em até 24h a partir da suspeita inicial	9,7	0,8
B6. Resultado Intermediário: Identificação da relevância do ESP de importância estadual, nacional e internacional para monitoramento e resposta coordenada	10,0	0,0
B7. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	10,0	0,0
TOTAL	9,8	0,4

Continuação

CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente C: MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	9,8	0,4
C1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos matérias; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Plataforma Online, Portarias de Notificação, Protocolos Operacionais Padrão; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	9,3	1,2
C2. Atividades Essenciais:		
C2.1 Acompanhamento diário dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (SIME) e/ou ferramentas de acompanhamento de eventos	9,8	0,4
C2.2 Elaboração de painel de monitoramento para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica	9,3	1,0
C2.3 Reuniões semanais para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão - Comitê de Avaliação e Monitoramento Eventos de Saúde Pública	9,7	0,8
C3. Atividades em Emergência de Saúde Pública	9,5	1,2
C3.1 Acompanhamento dos Eventos de Saúde Pública (ESP) de importância estadual, nacional e internacional por meio do Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (SIME) semanalmente	9,3	1,0
C3.2 Elaboração de gráficos para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica		
C3.3 Reuniões semanais para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico	9,7	0,8
C4. Atividades em Eventos de Massa	9,5	1,2
C4.1 Acompanhamento diário e/ou em tempo real dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e /ou ferramentas de acompanhamento do evento	9,3	1,0
C4.2 Elaboração e acompanhamento em tempo real de painel de monitoramento por meio de ferramentas estratégicas	9,7	0,8
C4.3 Reuniões diárias para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico	9,6	0,9
C5. Produtos		
C2.1, C3.1, C4.1: 100% dos eventos de importância à saúde pública monitorados	9,2	1,3
C2.2, C3.2, C4.2: 100% das semanas epidemiológicas/EM analisados por meio de painel de monitoramento	9,2	1,3
C2.3, C3.3, C4.3: 100% das reuniões realizadas semanalmente e/ou diariamente	9,7	0,8
C6. Resultado Intermediário: Monitoramento contínuo e análise epidemiológica dos ESP para subsidiar tomada de decisão para definição das estratégias de resposta	9,5	0,8
C7. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	10,0	0,0
TOTAL	9,6	0,9

Continuação

CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente D: RESPOSTA COORDENADA	9,3	1,2
D1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos matérias; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Plataforma Online, Portarias de Notificação, Protocolos Operacionais Padrão; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	9,3	1,2
D2. Atividades Essenciais:		
D2.1 Coordenação das ações de resposta a eventos inusitados quando não houver VE estruturada	8,0*	4,0*
D2.2 Articulação com as áreas técnicas para a elaboração de material técnico (notas técnicas, informes e alertas) relacionado aos ESP e divulgação para Cievs municipais, áreas técnicas da SES, Geres e unidades de saúde	8,2*	4,0*
D2.3 Registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)	9,5	1,2
D2.4 Cooperação na articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	9,0	2,0
D3. Atividades em Emergência de Saúde Pública		
D3.1 Coordenação das ações de resposta a eventos inusitados quando superada as capacidades das unidades técnicas gestoras nos aspectos de vigilância em saúde	8,0*	4,0*
D3.2 Articulação com as áreas técnicas para a elaboração de material técnico (notas técnicas, informes e alertas) relacionado aos ESP e divulgação para Cievs municipais, áreas técnicas da SES, Geres e unidades de saúde	8,2*	4,0*
D3.3 Registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)	9,5	1,2
D3.4 Cooperação na articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	9,0	2,0
D4. Atividades em Eventos de Massa		
D4.1 Coordenação das ações de resposta a eventos inusitados quando superada as capacidades das unidades técnicas gestoras nos aspectos de vigilância em saúde	8,0*	4,0*
D4.2 Articulação com as áreas técnicas para a elaboração de material técnico (notas técnicas, informes e alertas) relacionado aos ESP e divulgação para Cievs municipais, áreas técnicas da SES, Geres e unidades de saúde	8,2*	4,0*
D4.3 Registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)	9,5	1,2
D4.4 Cooperação na articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	9,0	2,0
D5. Produtos		
D2.1, D3.1, D4.1: Unidades técnicas gestoras apoiadas tecnicamente em 100% das DNCI detectadas	7,7	3,9
D2.2, D3.2, D4.2: Material técnico elaborado e divulgado	7,6*	4,3*
D2.3, D3.3, D4.3: 100% dos eventos com informação de resposta atualizada	9,6	0,9
D2.4, D3.4, D4.4: Cooperação em 100% eventos necessários	8,6	2,2
D6. Resultado Intermediário: Contenção dos riscos de saúde pública, evitando a disseminação para outros territórios	9,0	2,0
D7. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	10,0	0,0
TOTAL	8,8	2,5

* Excluídos por grande dissenso

5.1.2 Grau de Implantação

De acordo com a pontuação alcançada o Cievs foi classificado **Implantado**, tanto no conto geral, como em cada dimensão individualmente. Contudo, para a dimensão Processo o valor percentual (**81,7%**) foi mais próximo do limite inferior (Quadro 5).

Ao considerar os quatro componentes do modelo lógico após consenso constatou-se o menor percentual no Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública, com a pior pontuação perfazendo 44,4 % de adequação (Quadro5). Conferindo-lhe a classificação no GI final de **Parcialmente Implantado (65,6%)**.

Os componentes de Avaliação de Risco e Resposta Coordenada foram classificados como **Implantados** e obtiveram GI máximo na dimensão Processo (100%).

Tabela 1. Grau de Implantação do Cievs, por componentes, em âmbito estadual. Pernambuco, 2015

Dimensões do grau de implantação	Componente				Classificação Final (%)
	Deteção (%)	Avaliação do Risco (%)	Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública (%)	Resposta Coordenada (%)	
ESTRUTURA	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5
PROCESSO	84,4	100,0	44,4	100,0	81,7
FINAL	89,6	99,0	65,6	99,0	88,0

Legenda:

- Implantado (80 - 100%)
- Parcialmente implantado (60 – 79,9%)
- Não implantado (<60%)

5.2. Contexto organizacional

A análise do contexto revelou dois grupos de resultados: **Favorável e Pouco Favorável** à implantação do Cievs.

A partir do Triângulo de Governo de Matus foram identificados, de forma geral, mais aspectos positivos do que negativos. A avaliação dos grupos de gestores e de técnicos do Cievs apontou que o contexto teve influência, de forma homogênea, na implantação do Cievs em âmbito estadual.

Observou-se que nenhuma das categorias foi **Não Favorável** e a melhor avaliada como **Favorável** foi a CG tanto para os gestores como para os técnicos (Quadro 6).

Quadro 6. Análise do Contexto do Cievs em âmbito estadual. Pernambuco, 2015

Categoria	Técnicos	Gestores	Categoria	Síntese Final
Projeto de Governo	Pouco Favorável	Pouco Favorável	Pouco Favorável	Contexto Favorável
Capacidade de Governo	Favorável	Favorável	Favorável	
Governabilidade	Pouco Favorável	Favorável	Favorável	

Legenda:

- Favorável à implantação
- Pouco favorável à implantação
- Não favorável à implantação

Os critérios que mais contribuíram para a implantação do Cievs foram: o reconhecimento do Cievs no organograma, existência de iniciativas intersetoriais, de articulação entre atores envolvidos, de estrutura político-administrativa, de estratégia/estrutura complementar as Emergências em Saúde Pública e a participação dos seus profissionais no processo de decisão das ações (Tabela 2).

Tabela 2. Escores obtidos (nº e %) em relação aos valores da matriz de análise do contexto para avaliação do Cievs/PE. Pernambuco, 2015

Contexto na visão dos gestores e técnicos do Cievs											
CATEGORIAS	GESTORES/ TÉCNICOS	GESTORES		TÉCNICOS		INDICADORES OPERACIONAIS	GESTORES/ TÉCNICOS	GESTORES		TÉCNICOS	
	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%	Pontos Obtidos	%		Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%	Pontos Obtidos	%
Projeto de Governo <i>(Pouco Favorável)</i>	35	16,0	45,7	16,1	47,7	Estratégia Cievs no Plano de Governo	6	0,0	0,0	0,0	0,0
						Emergência em Saúde Pública no Plano de Governo	6	0,0	0,0	0,0	0,0
						Recurso financeiro	6	0,0	0,0	0,0	0,0
						Estratégia/estrutura complementar as ESP	5	4,0	80,0	5,0	100,0
						Iniciativas intersetoriais	6	6,0	100,0	6,0	100,0
						Informações para planejamento das ações	6	6,0	25,0	5,1	21,7
						Capacidade de Governo <i>(Favorável)</i>	30	28,8	96,0	24,6	82,0
Estrutura física e componentes tecnológicos	6	6,0	50,0	1,8	25,0						
Adequação do quadro técnico às necessidades do Cievs	6	5,8	25,0	4,8	25,0						
Reconhecimento do Cievs no organograma	6	6,0	100,0	6,0	100,0						
Articulação entre atores envolvidos	6	6,0	100,0	6,0	100,0						
Governabilidade <i>(Favorável)</i>	35	28,7	80,0	21,4	63,7	Autonomia financeira do responsável	5	2,0	40,0	0,0	0,0
						Adesão dos interessados	5	5,0	100,0	3,0	60,0
						Estrutura político-administrativa	5	5,0	100,0	5,0	100,0
						Estabilidade dos profissionais	5	2,7	15,0	1,6	10,0
						Adesão dos profissionais do Cievs á gestão	5	5,0	100,0	5,0	22,0
						Satisfação da coordenação estadual com a nacional	5	4,0	80,0	3,0	60,0
						Participação dos profissionais do Cievs no processo de decisão das ações	5	5,0	100,0	3,8	75,0
Total	100					100	73,5	56,4	62,1	45,5	

Em contrapartida, foram identificados entraves em relação à ausência da estratégia Cievs e Emergência de Saúde Pública expressas no Plano de Governo, inexistência de recurso financeiro específico para implementação das ações de rotina do Cievs estadual, baixa autonomia financeira do seu responsável técnico e a ausência de mecanismos efetivos que garantam a estabilidade dos profissionais. Na avaliação dos gestores apenas o PG obteve classificação **Pouco Favorável** à implantação. Enquanto que as categorias avaliadas pelos técnicos como **Pouco Favorável** foram PG e a GS. Os critérios que mais contribuíram para o GS foram a estrutura político-administrativa e a participação dos profissionais do Cievs no processo de decisão das ações. No entanto, foram identificadas dificuldades quanto à baixa autonomia financeira do responsável pelo Cievs para planejar ações ou usar recurso financeiro para as ações independente do superior hierárquico e a ausência de mecanismos efetivos que garantam a estabilidade dos profissionais.

5.3. Influência do Contexto no Grau de Implantação do Cievs estadual

No Quadro 7 observa-se o contexto **Favorável**, mas, ao detalhar as dimensões do GI verificam-se entraves no Processo, com destaque para o Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública como **Parcialmente Implantado (65,6%)**. Neste caso, o contexto organizacional, especificamente o PG, interferiu no GI da Estrutura e Processo, alcançando, esta última menor pontuação.

Entretanto, observou-se influência do contexto favorável à estratégia Cievs sobre o grau de implantação.

Quadro 7. Resultado da análise do contexto segundo categorias e sua influência no grau de implantação do Cievs estadual. Pernambuco, 2015

ANÁLISE DO CONTEXTO/CATEGORIAS	CLASSIFICAÇÃO POR CATEGORIA	DIMENSÕES DE IMPLANTAÇÃO
Projeto do Governo	Pouco Favorável (46,7%)	Estrutura Implantada (97,5%) Processo Implantado (81,7%)
Capacidade de Governo	Favorável (89,0%)	
Governabilidade	Favorável (71,9%)	
Contexto Final	Favorável (70,0%)	GI Final (88,0%) Implantado

Contexto favorável à implantação

VI. DISCUSSÃO

A avaliação do Cievs Pernambuco utilizando esta estratégia de pesquisa possibilitou a identificação da influência positiva de um contexto favorável sobre a implantação, com base no referencial matusiano. Corroborando com um dos objetivos do RSI (2005), que recomenda aos Estados Parte o fortalecimento das capacidades básicas para prevenção e proteção da saúde da população.²

Com o consenso do ML, resultante de uma Conferência de Consenso, houve uma ampliação da validade dos critérios e maior legitimidade aos processos avaliativos, contribuindo para o desenvolvimento da investigação, conforme estudo de Reis.⁴¹

Na análise do GI reforça-se a importância dos investimentos adequados para o desenvolvimento das atividades como um dos princípios específicos do processo de implantação de programas como relatado por Pluye et al.^{42,43}

Para suprir a carência de sanitaristas na SES nos dois últimos anos, têm sido realizadas seleções simplificadas para ingresso destes profissionais, contemplando o Cievs/PE. Embora sejam contratos temporários, sem maiores investimentos em sua qualificação, provavelmente esse fato teve influência positiva neste estudo.

Estes achados evidenciam que existem necessidades não atendidas em processos estruturados de habilitação de técnicos para atuação em Emergências de Saúde Pública, corroborando com o diagnóstico previamente realizado em 2009, quando da avaliação das capacidades básicas para o RSI 2005.⁴⁴

De acordo com os relatos dos técnicos das SES, quando da realização das oficinas para elaboração dos planos estaduais de desenvolvimento de capacidades para emergências de saúde pública, a rotatividade aliada à insuficiência quantitativa dos

profissionais na vigilância e a precariedade de contratos terceirizados, podem estar relacionadas e, em certa medida, determinando a carência na qualificação dos profissionais que atuam nessas áreas.¹¹

Em relação a recursos tecnológicos, o Cievs/PE possui recurso básico adequado para manutenção das atividades de rotina, eventos de massa e Emergência de Saúde Pública. No entanto, é necessária a aquisição de ferramentas mais modernas para o aperfeiçoamento das atividades essenciais, sabendo-se que uma boa estrutura tecnológica possibilita a ampliação do uso de informações estratégicas, otimizando a velocidade da comunicação entre as esferas de governo, como afirma Rodrigues-Júnior.⁸

A comunicação é essencial durante as Emergências de Saúde Pública, conforme cita estudo realizado em 2013, onde os meios de comunicação tiveram papel significativo como fonte de informação durante a emergência da Influenza A (H1N1)⁴⁵.

No que concerne aos recursos organizacionais, as portarias de notificação compulsória são utilizadas e divulgadas pelos profissionais, demonstrando o conhecimento das doenças que devem ser notificadas oportunamente (até 24h a partir da suspeita inicial) e compromisso da importância de ter uma resposta imediata em caso de ocorrência do evento.⁴⁶

Neste âmbito, o Cievs/PE possui Protocolos Operacionais Padrão (POP) específicos utilizados pela equipe técnica, para sistematização das rotinas, fluxo de comunicação e contatos estratégicos em situações de Emergências em Saúde Pública. Formalizando a definição de competências, responsabilidades e aprimorando os processos e resultados esperados. Além disso, conta com planos/protocolos de contingência de eventos de importância para a saúde pública estadual, disponíveis e

atualizados, a exemplo, do Plano de Enfrentamento para Surto de Sarampo em Pernambuco.⁴⁷

O Cievs/PE utiliza ferramenta de notificação/comunicação rápida elaborada em formulário eletrônico na plataforma FormSUS, um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, permitindo o estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de dados e divulgação de informações em tempo oportuno.⁴⁸

Desta forma, verifica-se o empenho da equipe técnica, na busca de novas ferramentas visando à melhoria no desempenho das atividades. Tal esforço a torna mais apta a adaptar-se a novas situações durante Emergências de Saúde Pública, mesmo que haja necessidade de capacitação dos recursos humanos. Zarifian 2002, considera a qualificação profissional essencial para organização do trabalho diante das condições de produção oferecidas ao trabalhador.⁴⁹

Em relação à inexistência de recursos financeiros específicos, às atividades do Cievs/PE e situações de emergência, dificulta o desenvolvimento de processos e aprimoramento da qualidade da informação para ação. Em concordância com este resultado, estudos e portarias¹¹⁻¹⁴ destacam que para o início imediato de investigações e medidas de controle por parte do Cievs é necessário certo nível de recurso. A qualidade de comunicação para detecção de eventos em tempo oportuno, quando afetada, ocasiona retardo na tomada de decisão pelos gestores.

Conforme relatado por Buehler⁵⁰ e Handel⁵¹, mecanismos de comunicação adequados para detecção reduzem o prazo entre a ocorrência do evento e a tomada de decisão, podendo ser um fator importante para prevenir ou mesmo minimizar a severidade desse acontecimento.

Em 2013, o MS por meio da Portaria Nº 1.378 regulamentou as responsabilidades e definiu diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios,⁵² que deveria ser garantido pelas esferas o financiamento para as ações de detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública.^{53,54}

A não implantação do componente Monitoramento de Eventos de Saúde Pública na dimensão Processo, e a classificação do contexto Pouco Favorável do PG, refletiu no GI, onde foram identificados fatores restritivos à implantação, divergindo da Portaria SES/PE Nº 564 e do regimento interno.⁵⁵ Segundo Carmo¹¹, o Cievs deve realizar o monitoramento contínuo de eventos que podem constituir emergências de importância nacional, após avaliação de risco, bem como utilizar indicadores de monitoramento com a finalidade de avaliar a oportunidade do Sistema de Vigilância em Saúde para detectar e responder às emergências.

No estudo ora em discussão, foi observada a ausência de plantão presencial na ocorrência das Emergências de Saúde Pública, apesar do consenso do ML os especialistas considerarem importante. Estudo realizado pelo MS em 2009 para identificar a capacidade de detectar, avaliar e notificar revelou que em Pernambuco, assim como na maior parte dos estados, apenas dois pontos foram negativos: vigilância 24 horas/dia e a notificação imediata e oportuna, embora nem o relatório nem a portaria preconizem a modalidade presencial.^{14,55}

A análise do contexto organizacional baseado no referencial de Matus³⁵ identificou como principal fragilidade a ausência do tema emergência de saúde pública e estratégia Cievs no Plano de Governo e no discurso dos entrevistados, tornando a estratégia vulnerável e sem visibilidade, influenciando negativamente sua consolidação como Centro de referência estadual destas emergências em saúde pública.⁵⁶

A exemplo da pandemia de influenza A (H1N1) em 2009 que foi um desafio aos gestores e técnicos de saúde pela falta de um padrão claro de seu comportamento, impactando nas decisões gerenciais.⁵⁷ Por essa razão, a preocupação com problemas de saúde, decorrentes das doenças infecciosas voltaram ao centro das agendas dos governos. Essa preocupação ocasiona a necessidade de buscar elementos para a reestruturação das estratégias de gestão, detecção e resposta às emergências atuais e futuras.⁴⁵

Por sua vez, a categoria Capacidade de Governo foi classificada como Favorável de acordo com Matus quando afirma que a existência de gestores a frente da estratégia com elevado capital cognitivo controla mais variáveis e, portanto, aumentam a sua governabilidade.³⁵ Com isso destacam-se a importância da capacidade técnica e do preparo político dos profissionais para a incorporação das normas na rotina do trabalho das equipes para implantação e manutenção da intervenção.⁵⁸

Ademais, na Capacidade de Governo, realizou-se a triangulação das informações dos técnicos, gestores do Cievs/PE e profissionais das áreas técnicas da SEVS, garantindo maior confiabilidade aos resultados, possibilitando uma avaliação positiva da subcategoria “Articulação entre atores envolvidos”, e esta possibilitou uma melhoria nas práticas de gestão no âmbito estadual, em concordância com estudo realizado por Venâncio *et al.*⁵⁹

A despeito da Governabilidade do Sistema ser Favorável, observou-se a ausência de mecanismo que garanta a estabilidade dos profissionais do Cievs/PE. Embora Vieira-da-Silva,^{14, 32, 33, 58} afirmem que a ausência de estabilidade da direção é decisiva para a dificuldade de implantação de um Programa.

Avaliação realizada sobre o Programa de Hipertensão, em município de Pernambuco, revelou que problemas organizacionais interferem na realização de algumas atividades processuais, e que isso se reflete no GI.⁶⁰

Uma das limitações encontradas nesse estudo refere-se à insuficiência da abordagem utilizada para analisar as relações de intersubjetividade dos atores contextuais. Além das entrevistas terem sido realizadas por um avaliador interno, que por um lado pode ter introduzido um viés, por outro tem a vantagem de conhecer a intervenção em detalhe, o que pode facilitar a condução da pesquisa.⁶¹

Os resultados podem ter sido influenciados positivamente pelos investimentos tecnológicos, organizacionais e em recursos humanos, realizados pela SEVS/SES na preparação dos eventos de massa: Copa das Confederações e Copa do mundo FIFA 2014, visto que o Cievs era o centro coordenador das ações.

De modo geral, o estudo demonstrou que o contexto organizacional teve influência direta no GI como se espera na teoria.^{29,35} Estes achados reforçam a importância de avaliações da área pública, pelo potencial de melhorar sua operacionalização e alcance de resultados.⁶² Portanto, investimentos em recursos humanos qualificados e institucionalização de atividades são necessários para a implementação do Cievs/PE.

Souza¹⁹ revelou que o Cievs/MS carece de um instrumento que documente o modo de funcionamento e os processos de trabalho dos Centros que compõem a Rede Cievs e, principalmente, o estabelecimento de diretrizes, visto que a ausência de instrumento regulamentador de atividades em comum é o que fragiliza a estratégia. No entanto, a carência de registro documental desses processos ocasiona uma lacuna na

evolução técnica e histórica do trabalho desenvolvido pelo serviço, evidenciando a necessidade de reflexão acerca do modelo do serviço para o adequado cumprimento dos objetivos propostos.

VII. CONCLUSÕES

Este estudo avaliativo permitiu o esclarecimento da estruturação do modo de funcionamento da estratégia de vigilância das emergências em saúde pública no âmbito estadual no período de 2013 a 2014.

A análise de implantação provoca questionamentos diversos sobre a influência do contexto político no grau de implantação do Cievs /PE, revelando a importância de reflexão sobre as práticas em serviço. O modelo proposto para o estudo é inovador para o campo da avaliação, assim como esta é fundamental na ponderação sobre o melhor aproveitamento do contexto político favorável à implantação do Centro.

A importância do presente estudo, ao ampliar o conhecimento sobre a intervenção possibilita reorientar as ações, e ao partir da apresentação dos resultados a equipe participante da pesquisa, oportuniza a construção de um diálogo sobre as práticas e favorece a incorporação de alguns conhecimentos.

Com base no modelo lógico construído e consensuado, o estudo contribui para a sistematização, qualificação e avanço dos processos, fluxos e protocolos de trabalho desenvolvidos pelo Centro, oportunizando a identificação dos recursos necessários para a obtenção dos objetivos propostos e para o alcance dos resultados esperados.

Esta avaliação julgou a estratégia Cievs implantada possivelmente pelo apoio político observado mediante a análise do contexto. Ressalta-se que este modelo revela as potencialidades e as fragilidades do processo de trabalho do Cievs/PE e fundamenta a importância da organização das atividades para o adequado cumprimento dos objetivos do serviço.

As potencialidades centram-se no empenho da equipe em buscar o aperfeiçoamento do processo de trabalho, conseqüentemente trazendo ao Cievs o reconhecimento nacional.

Por outro lado, foram constatadas fragilidades na análise de contexto que refletiu negativamente no GI. Esses resultados significam que há necessidade de aprimoramento dos processos relacionados ao Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública.

Ainda ressalta-se que a ausência de instrumentos normativos elaborados pelo nível federal, que estabeleçam a definição de papéis que competem aos centros nas esferas estaduais e municipais, dificulta o reconhecimento dos processos de trabalho do Cievs e acarreta na falta de entendimento de áreas técnicas da SEVS/SES/PE quanto às atribuições do Cievs, gerando conflitos internos.

Espera-se que este estudo possa fornecer informações que colaborem para o aprimoramento e fortalecimento da estratégia Cievs na manutenção das capacidades essenciais de vigilância e resposta às emergências de saúde pública, estabelecimento de mecanismos de fortalecimento das capacidades básicas de detecção e resposta advindas da revisão do RSI (2005) e, fornecer um método replicável para avaliação dos demais componentes da Rede Cievs.

Por fim, esta pesquisa é relevante para a definição de estratégias de trabalho mais eficazes para a adequada vigilância das emergências em saúde pública pelo Cievs.

VIII. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Com base nos achados deste estudo, visando fortalecer a estratégia de vigilância das emergências em saúde pública pelo CIEVS/PE, recomenda-se:

- ✓ Discutir o modelo lógico proposto com os gestores e profissionais do Cievs em todas as esferas de gestão, destacando a possibilidade de revisão e atualização bem como os indicadores e parâmetros de acordo com a estruturação atual da intervenção;
- ✓ Definir atribuições para os Cievs nos diferentes níveis de gestão;
- ✓ Reconstituir o comitê técnico de monitoramento e avaliação dos eventos de saúde pública de importância estadual e nacional com reuniões semanais para análise e tomada de decisão;
- ✓ Elaborar painel de monitoramento para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica;
- ✓ Aprimorar o registro dos eventos de saúde pública no banco do SIME a partir de adaptações específicas para os estados e municípios a ser realizada pelo Cievs/MS.
- ✓ Institucionalizar o acompanhamento diário dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e/ou ferramentas de acompanhamento de eventos;
- ✓ Discutir a formalização de mecanismos efetivos de contratação de recursos humanos para o Cievs;

- ✓ Elaborar o Plano de Enfrentamento para Situações de Emergências em Saúde Pública, inserindo a ação no Plano Estadual de Saúde;
- ✓ Discutir a atual subordinação do Cievs/PE a Vigilância Epidemiológica para garantir sua autonomia no organograma da SEVS;
- ✓ Desenvolver monitoramento contínuo e avaliação periódica considerando as ações existentes nos serviços.

Recomenda-se, por fim, divulgar os resultados desse trabalho aos parceiros da Rede Cievs para fortalecer e dar visibilidade à vigilância das emergências de saúde pública e suas contribuições para o fortalecimento da estratégia e estabelecimento da continuidade das ações desenvolvidas.

IX. REFERÊNCIAS

1. Fidler DP. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. In: Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9).
2. World Health Organization. International Health Regulations (2005). 2nd ed. Geneva: WHO, 2008.
3. Aginam O. Global Health Governance: International Law and Public Health in a Divided World. 2005; 1–6.
4. World Health Organization. Department of Communicable Disease. Surveillance and Response. Global Outbreak Alert and Response. Report of a WHO meeting. Geneva: 2010 Apr.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 395, de 9 de julho de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de Maio de 2005. Diário Oficial da União. 2009 jul. 10; Seção 1. p. 11.
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág.11. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência de saúde pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. Diário Oficial da União. 2011 nov. 18; Seção 1. p. 14.
8. Rodrigues-Júnior AL. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2012 mar; 17(3): 797-805.
9. Tekeli-Yesil S. Public health and natural disasters: disaster preparedness and response in health systems. J Public Health 2006; 14(5): 317-324.
10. Anema A, Druyts E, Hollmeyer HG, Hardiman MC, Wilson K. Descriptive review and evaluation of the functioning of the International Health Regulations (IHR) Annex 2. Globalization and Health 2012; 8:1.
11. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. Estudos Avançados. 2008; 22(64): 19-32.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Diário oficial da União. 2005 jul. 7; Seção 1, p. 61.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde. Gerência Técnica de Alerta. Monitoramento e Operações de Resposta de Saúde. Diretrizes para a Classificação dos Centros da Rede CIEVS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
14. Teixeira MG, Costa MCN, Souza LPF, Nascimento EMR, Barreto ML, Barbosa N, et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). Rev Panam Salud Publica. 2012; 32(1): 49-55.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário oficial da União. 2014 jun. 9; Seção 1, p. 67.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública: Gestão das Ações da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde. Unidade de Informações Estratégicas. Indicadores de Classificação da Rede CIEVS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
19. Souza GF. Descrição Institucional do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010. 127 p.
20. Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis das declarações de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1): 1267-1274.
21. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010 jun; 26(6): 1207-1220.
22. Contandriopoulos AP, Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Denis JL. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA. [Org] . Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997; p. 29- 47.
23. Mendes MFM, Cazarin G, Bezerra LCA, Dubeux LS. Avaliabilidade ou Pré-Avaliação de um Programa. In: Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. [Org] Samico I, Mendes MFM, Cazarin G, Bezerra LCA, Dubeux LS - Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 57-97p.
24. Wholey JS. Evaluability assessment. In: Rutman, L. (Ed.). Evaluation research methods: A base guide. Beverly Hills CA: Sage, 1977. p. 41-56.
25. Thurston W, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. Canadian Journal of Program Evaluation, Toronto, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.
26. Natal S. Avaliação da Rede de Formação de Recursos Humanos em Vigilância em Saúde. Estudo de caso múltiplo - Estudo Avaliabilidade. Documento Técnico OPAS. BRA/AMP/61/0630/2007. Brasília, 2007. 98 p.
27. Leviton LC, Collins C, Laird B, Kratt P. Teaching evaluation using evaluability assesment. Evaluation. 1998; 4: 389-409.
28. Champagne F, Contrandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz ZMA, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne

- F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. 41-60.
29. Denis J, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz Z. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 49-88.
 30. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56: 119-127.
 31. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005. p. 41-63.
 32. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. 212 p.
 33. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados a descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. cap. 3, p. 65-102.
 34. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cad. Saúde Pública*. 2009; Out. 25(10): 2201-2217.
 35. Matus C. Política, planejamento e governo. 3ª Ed. Tomo I. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.
 36. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
 37. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. – 1. ed. – Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012. 247 p. - il.
 38. Vuori H. A qualidade da saúde. *Divulg. saúde debate*. 1991; (3): p. 17-24.
 39. Vieira-da-Silva L M, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Fev; 23(2): 355-370.
 40. Cassiolato M, Guerese S. Nota técnica – Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA, 2010. 35p.
 41. Reis YAC, Cesse EAP, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010 nov; 10 (suppl.1): s157-s172.
 42. Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann* 2004; (27):121-33.
 43. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Eval Program Plann* 2005; (28):123-37.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica de Pernambuco. Relatório de Avaliação das Capacidades do Sistema Estadual. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
45. Souza DB, Dall'Agnol CM. Emergência de saúde pública: representações sociais entre gestores de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013 ago. 21(4): 998-1004.
46. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 104 – Republicada no DOE nº 45, de 9 de Março de 2012, por ter saído com incorreção do original no DOE de 17 de Fevereiro de 2012. Acrescenta doenças e agravos estaduais à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*. 2012 mar. 9; Seção 1.
47. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Protocolo de Intervenção para Enfrentamento do Surto de Sarampo em Pernambuco. Versão Preliminar. Pernambuco, novembro de 2013. 1º edição – Pernambuco, 2013.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde - CGDIS. Manual do Gestor FormSUS. Rio de Janeiro, 2010.
49. Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. In: *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Editora Senac, 2002.
50. Buehler JW, Hopkins RS, Overhage JM, Sosin DM, Tong V. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. *MMWR – Recommendation and Reports*. 2004 may; 53(5), p. 1-11.
51. Handel A, Longini Jr, I.M. & Anita, R. What is the best control strategy for multiple infectious disease outbreaks? *Proceedings of the Royal Society B*. 2006 dec; 274: 833–837.
52. 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 União*. 2011 jul. 9.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399, 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 União*. 2010 dez. 16; Seção 1, p. 11.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 24 de junho de 2010. Estabelece o mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. *Diário Oficial da União*. 2010 jun. 25.

55. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria n° 564, de 26 de dezembro de 2014. Define as competências do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde- Cievs/PE e sua estrutura organizacional. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. 2014 dez. 27.
56. Alves CKA, Carvalho EF, Cesse EAP, Natal S, Bezerra LCA, Felisberto E. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Rev. Bras. Matern. Infant. 2010 nov; 10(supl. 1): S145-S156.
57. Goldim JR. Bioética e pandemia de influenza. Rev HCPA. 2009; 29(2):161-6.
58. Freese E, Machado E, Cesse E. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: Freese E, organizador. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. da UFPE; 2004. p. 261-296.
59. Venâncio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H, Rios GS, Frias PG. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. Cad. Saúde Pública. 2013 nov. 29 (11): 2261-2274.
60. Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis das declarações de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1): 1267-1274.
61. Worth BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: Concepções e práticas. São Paulo: Ed. Gente, 2004
62. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2009 jul-set; 9(93): 339-357.

APÊNDICES

Apêndice 1. Matriz de Indicadores para Análise do Grau de Implantação

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR	FONTE	TECNICA DE OBTENÇÃO
ESTRUTURA	Detecção, Avaliação de Risco, Monitoramento e Resposta coordenada	Recursos Humanos	Equipe técnica	Um coordenador, seis apoiadores institucionais de nível superior e um técnico administrativo.	Se possuir um coordenador e pelo menos seis apoiadores=5; Um coordenador e cinco apoiadores=4; pelo menos quatro ou três técnicos=3; um coordenador e dois técnicos=2, apenas um coordenador =1;	Primária	Entrevista
			Equipe técnica treinada para detecção e resposta a surtos	Um coordenador e quatro apoiadores nível superior	≥ 50% da equipe = 2 < 50% da equipe = 1	Primária	Entrevista
			Equipe disponível para plantão sobreaviso nos finais de semana e feriados	Um técnico de nível superior de sobreaviso com celular institucional	Sim = 2; Não = 0;	Primária	Entrevista
			Equipe técnica com pós graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Coordenador e pelo menos seis apoiadores com pós graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Sim = 3; Não = 0	Primária	Entrevista
		Computadores /Internet	Computadores existentes com acesso a internet	Computadores com acesso a internet disponível para todos os técnicos	Quatro ou mais computadores com acesso a internet = 3; Pelo menos três computadores com acesso a internet = 2; Dois computadores com acesso = 1; Nenhum = 0	Primária	Observação direta
		Impressora	Impressora em funcionamento	Uma impressora em funcionamento	Uma ou mais impressoras = 1; Nenhum = 0	Primária	Observação direta
		Fax	Fax em uso	Um fax em uso	Um ou mais fax = 1; Nenhum = 0	Primária	Observação direta
		Material de escritório	Material de escritório disponível	Papel, tinta de impressora e cartucho de fax, caneta, disponíveis durante o mês	Sim = 1; Não = 0	Primária	Observação direta
		Celular	Celular disponível com pacote de dados para uso em plantão de sobreaviso	Pelo menos um telefone móvel com pacote de dados disponível	Um ou mais celulares = 2; Nenhum = 0	Primária	Observação direta
		Veículo	Veículo a disposição do Cievs	Um veículo disponível para desenvolver as atividades com maior rapidez	Um ou mais veículos = 1; Nenhum = 0	Primária	Observação direta
		Aparelho de vídeoconferência	Aparelho de vídeoconferência	Um aparelho de vídeoconferência em uso	Um ou mais aparelhos de vídeoconferência = 1; Nenhum = 0	Primária	Observação direta
		Aparelho de audio conferência	Aparelho de audio conferência	Um aparelho de audio conferência em uso	Um ou mais aparelhos de audio conferência = 1; Nenhum = 0	Primária	Observação direta

Continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR	FONTE	TECNICA DE OBTENÇÃO
ESTRUTURA	Detecção, Avaliação de Risco, Monitoramento e Resposta coordenada	Arquivos de contato	Arquivo de contatos estratégicos/referências	Agenda com contatos estratégicos/referências	Sim = 1; Não = 0	Primária	Observação direta
		Protocolos Operacionais Padrões (POPs) para cada atividade de rotina e plantão	POPs para cada atividades	Um Pop por atividade de rotina e plantão	Sim = 2; Não = 0	Primária	Observação direta
		Planos de contingência de eventos de importância para saúde pública estadual	Possui planos de contingência a eventos de importância para saúde pública estadual atualizados nos últimos 5 anos	Planos de contingência a eventos de importância para saúde pública estadual disponíveis e atualizados	Um ou mais planos de contingência = 2; Nenhum = 0	Primária	Observação direta
		Ferramenta de notificação/ comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas	Possui ferramenta de notificação /comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas	Ferramenta de notificação /comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas implantada	Sim = 1; Não = 0	Primária	Observação direta
		Portarias de notificação	Portarias de notificação atualizadas e de fácil acesso para consulta e divulgação quando necessário	Portarias de Notificação Compulsória GM/MS e estadual vigentes	Sim = 1; Não = 0	Primária	Observação direta
		Instalações físicas específicas	Sala disponível para reuniões sigilosas, para realização de vídeo e audio conferência	Uma sala disponível para o Cievs e uma específica para realização de vídeo e audio conferência	Sim = 2; Não = 0	Primária	Observação direta
		Recursos financeiros	Recursos financeiros disponíveis para situações de emergência	Recursos financeiros disponíveis para situações de emergência	Sim = 1; Não = 0	Primária	Entrevista
		Telefone fixo	Telefone fixo disponível para receber e realizar chamadas (DDD e DDI)	Pelo menos dois telefone fixo disponível	Sim, DDI e DDD = 2; Sim, DDD= 1 Não = 0	Primária	Observação direta
		Radio comunicador	Radio disponível para investigação de campo	Pelo menos dois rádios disponíveis	Dois rádios = 1; Nenhum=0	Primária	Observação direta
		GPS	GPS disponível para investigação de campo	Pelo menos um GPS disponível	Sim = 1; Não = 0	Primária	Observação direta
		Tablet	Tablets em funcionamento e disponíveis para investigação de campo	Pelo menos 4 tablets disponíveis	4 ou mais tablets = 1; nenhum= 0	Primária	Observação direta
		Notebook	Notebooks com maleta e acesso a internet de uso exclusivo	Dois notebooks com maleta e acesso a internet para investigação de campo	Dois ou mais notebooks com acesso a internet =2; Nenhum = 0	Primária	Observação direta

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR	FONTE	TECNICA DE OBTENÇÃO
PROCESSO	Deteção	Captura de rumores na mídia relacionados as doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) através da mídia audiovisual transmitida (televisão e rádio), mídia eletrônica (digitais e redes sociais) e mídia impressa (jornais e revistas) diariamente	Realiza busca ativa de rumores na mídia	Acesso diário	Sites mídia internacional= 1 Sites de mídia nacional= 1 Sites de mídia local =1 Nenhum = 0	Secundária	Observação direta
		Ampliação da busca ativa de rumores na mídia por meio da inclusão de doenças de notificação compulsória (DNC) e/ou outros eventos de importância para saúde pública relacionados a Emergência em Saúde Pública ou ao Evento de Massa (EM)	Ampliação da busca ativa de rumores realizada	Acesso diário	Aumento da frequência = 1 Inclusão de descritores em ferramenta de busca = 1 Adesão de novas ferramentas de busca = 0,5 Parceria com instituições = 0,5 Nenhuma = 0	Secundária	Observação direta
		Deteção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FomSUS (formulário eletrônico)	% Notificações imediatas recebidas oportunamente	Em até 24 h	100 - 80% = 5 79 - 50% = 3 < 50% = 2 Não realiza = 0	Secundária	Observação direta
		Mobilização das estabelecimentos de saúde para notificação diária de DNCI (Portaria de notificação vigente) ao Cievs	Estabelecimentos de saúde de referência mobilizadas	Mensal	Sim = 4 ;Não = 0	Secundária	Observação direta
		Busca ativa diária de DNCI (Portaria de notificação vigente) nas unidades de saúde estratégicas para o evento e nos municípios onde não houver Vigilância Epidemiológica (VE) estruturada	Busca ativa de DNCI realizada diariamente nas unidades de saúde estratégicas para o evento	Diário	Sim = 2; Não = 0	Primária	Entrevista
		Busca ativa por turnos (manhã e tarde) de DNCI e outros eventos de interesse para saúde pública nas unidades de saúde estratégicas para o EM no período pré (30 dias), durante e pós-evento (30 dias)	Busca ativa de DNCI realizada periodicamente nas unidades de saúde estratégicas para o EM	Diário no período do EM	Sim = 2; Não = 0	Primária	Entrevista
		Verificação das entradas das amostras DNCl nos sistemas laboratoriais de saúde pública e privados diariamente	% das amostras de DNCl verificadas	Diário	Sim = 2; Não = 0	Primária	Entrevista
		Acompanhamento por turnos das entradas das amostra de DNCl , cadastradas no período da emergência/EM, em laboratórios de saúde pública e privados	% das amostra de DNCl acompanhadas durante a emergência de saúde pública/EM	Diário	Sim = 1; Não = 0	Primária	Entrevista

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR	FONTE	TECNICA DE OBTENÇÃO
PROCESSO	Detecção	Realização de ronda epidemiológica em portos e aeroportos,	Rondas realizadas	Semanal	Sim = 1; Não = 0	Primária	Entrevista
		Realização de ronda epidemiológica diariamente em aeroportos, portos, hotéis e instituições envolvidas no ESP	Rondas realizadas	Diário	Sim = 2; Não = 0	Primária	Entrevista
		Equipe presencial em horário comercial e de sobreaviso no período noturno, finais de semana e feriados (24h/7dias)	Plantão de sobreaviso realizado nos finais de semana e feriado	24h/7dias	Sim = 4; Não = 0	Primária	Entrevista
		Plantão presencial 24h durante o Emergência em Saúde Pública	Plantão presencial realizado durante Emergência em Saúde Pública	24h durante o Emergência em Saúde Pública	Sim = 2; Não = 0	Primária	Entrevista
		Plantão presencial 24h durante o EM	Plantão presencial realizado durante o EM	24h durante o EM	Sim = 1; Não = 0	Primária	Entrevista
	Avaliação de Risco	Avaliação da veracidade do ESP e validação das suas informações necessárias quanto a importância em saúde	ESP captados pelo Cievs verificados e avaliados	Diário	Sim = 3; Não = 0	Primária	Entrevista
		Avaliação da veracidade do ESP e comunicar ao Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS) estadual, Cievs/MS e outros atores envolvidos no EM	ESP captados pelo Cievs, avaliados quanto a veracidade e comunicados ao CIOCS e outros atores envolvidos no EM	Diário durante o EM	Sim = 3; Não = 0	Primária	Entrevista
		Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos para a saúde pública	Cenário de risco classificado quanto a importância ou conforme relevância epidemiológica	Mensalmente ou conforme relevância epidemiológica	Sim = 3; Não = 0	Primária	Entrevista
		Notificação das DNCL em até 24h a partir da suspeita inicial, ao Cievs/MS conforme portaria nacional de notificação compulsória vigente	Notificações de DNCL realizadas oportunamente ao Cievs/MS	Mensal	Sim = 3; Não = 0	Primária	Entrevista/ Observação direta
		Aplicação das diretrizes do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS	Eventos captados pelo Cievs que possam constituir emergências de saúde pública avaliados e notificados em até 24h a partir da suspeita inicial	Diário	Sim = 3; Não = 0	Primária	Entrevista
PROCESSO	Monitoramento	Acompanhamento diário e/ou em tempo real dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e /ou ferramentas de acompanhamento do evento	Eventos monitorados	Diário	Sistema próprio = 2 SIME = 1 Não = 0	Primária	Observação direta
		Elaboração de painel de monitoramento para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica (Atividades essenciais ou emergências de Saúde Pública)	Painel de monitoramento elaborado, interpretado e divulgado	Por semana epidemiológica	Sim = 1; Não = 0	Primária	Entrevista/documentos
		Elaboração e acompanhamento em tempo real de painel de monitoramento por meio de ferramentas estratégicas (EM)	Painel de monitoramento elaborado e acompanhado	Em tempo real	Sim = 2; Não = 0	Primária	Entrevistas/Observação direta
		Reuniões para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico	Reuniões realizadas	Diária (EM)/semanal (Atividades essenciais e emergências de Saúde Pública)	Sim = 4; Não = 0	Primária	Entrevista/documentos
	Resposta Coordenada	Registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)	Registro realizado	Pelo menos um registro realizado por ESP	Pelo menos um registro = 1; Nenhum registro=0	Secundária	Observação direta
		Cooperação na articulação intra/intersectorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	Cooperação na articulação intra/intersectorial	Realiza reunião para articulação	Sim = 2; Não = 0	Secundária	Observação direta

Apêndice 2. Matriz de Julgamento para Análise do Contexto

CATEGORIA	INDICADORES	CRITÉRIOS	BASE DE EVIDÊNCIAS
PROJETO DE GOVERNO PTS MAX: 35 PTS	1.Estratégia Cievs como prioridade expressa no Plano de Governo PTS MAX 6	a) A estratégia Cievs explicitada como uma prioridade no Plano de Governo; (6 pts)	Análise documental
	2.Emergência em Saúde Pública no Plano de Governo PTS MAX 6	a) As Emergências em Saúde Pública estão explicitadas como uma prioridade no Plano de Governo; (6 pts)	
	3. Recurso financeiro PTS MAX 6	a) Existência de recurso orçamentário específico para implementação das ações de rot do Cievs estadual. (3 pts) b) Existência de um planejamento integrado ou comitê gestor misto com outros setores do governo com orçamento próprio para os projetos. (3 pts)	Entrevista com gestores e técnicos do Cievs
	4.Existência de outras estratégias/estruturas relacionadas com objetivos complementares as Emergências em Saúde Pública. PTS MAX 5	a) Existência comitê de enfrentamento de Emergências de Saúde Pública de interesse estadual, nacional e internacional estabelecido em portaria. (5 pts)	Entrevista com gestores e técnicos do Cievs e observação direta Continuação
	5.Iniciativas intersetoriais existentes - PTS MAX 6	a) Existência mecanismos de articulação com o setor público, privado e filantrópico. (6 pts)	
	6.Informações produzidas para o planejamento das ações PTS MAX 6	a) Utilização de informações epidemiológicas para o planejamento das ações. (1,5 pts) Se notificações; Se Informes Epidemiológicos; Se SIME; Se relatórios de órgãos internacionais (OPAS, CDC) b) Utilização regular dos sistemas Se utiliza uma das fontes (0,5pts) Se não utiliza (0 pts) c) Periodicidade (1,5 pts) Se diária (1,5 pts); Se semanal (1,0 pt); Se mais que 7 até 15 dias (0,5 pts); Se maior que 15 dias (0pts). d) Finalidade (1,5 pts) Se Detecção de ESP (1,5 pts)	

		<p>oficiais de informação e outras fontes formais (1,5 pts)</p> <p>Se utiliza duas ou mais fontes (1,5 pts)</p> <p>Se Monitoramento de Eventos de Saúde Pública-ESP (1,0 pts)</p> <p>Se acompanhamento de ESP (0,5 pts)</p>		
<p>CAPACIDADE DE GOVERNO</p> <p>PTS MAX 30 PTS</p>	<p>1. Capacidade técnica e habilidade prática na área de epidemiologia/Emergência de saúde pública. PTS MAX 6</p>	<p>a) Formação da equipe técnica e do gestor (es) (2,0 pts) ; Se gestor - Especialista em epidemiologia com treinamento específico em Emergências em Saúde Pública (no mínimo) (1,0pt); Se a equipe completa possui pelo menos especialização em saúde pública (1,0pts); Se pelo menos 50 % possui especialização saúde pública (0,5pts)</p> <p>b) Se o profissional sente-se capacitado para desenvolver suas atividades.(1,0 pts)</p> <p>c) Realização de capacitação para profissionais do Cievs no uso do algoritmo de decisão do RSI (2005) (1,5 pts)</p> <p>d) Possui equipe técnica habilitada para analisar informações epidemiológicas e aplicar o algoritmo de decisão do RSI (2005) .(1,5 pts)</p>	<p>Entrevista com gestores e técnicos do Cievs</p>	
	<p>2.Estrutura física e componentes tecnológicos PTS MAX 6</p>	<p>a) Possui estrutura física disponível para comunicação (3 pts)</p> <p>b) Possui componentes tecnológicos disponíveis para comunicação .(3 pts)</p>	<p>Entrevista com gestores e técnicos do Cievs e observação direta</p>	
	<p>3.Adequação do quadro técnico as necessidades do Cievs. PTS MAX 6</p>	<p>a) Possui equipe técnica, própria do Cievs, que se articula com as demais áreas técnicas para as atividades de vigilância (investigação de campo, produção de materiais para divulgação, análises estatísticas, etc) .(1,5 pts)</p> <p>b) O quadro técnico do Cievs encontra-se treinado diante de uma emergência de saúde pública.(1,5 pts)</p> <p>c) São os procedimentos de rotina do Cievs(1,5 pts)</p> <p>Se Detecção (0,5 pts); Se Monitoramento (0,5 pts);</p> <p>Se interface nas ações de resposta a Eventos de Saúde Pública(0,5 pts)</p> <p>d) Considera que executa corretamente as atividades do Cievs.(1.5 pts)</p>		
	<p>4. Reconhecimento do Cievs no organograma da SEVS. PTS MAX 6</p>	<p>a) Existência do Cievs no Organograma SEVS - Verificar a existência do Cievs no organograma SEVS. (6 pts)</p>		<p>Observação direta</p>

	5. Articulação entre os atores envolvidos. PTS MAX 6	a) O Cievs consegue atender oportunamente as áreas técnicas da SEVS, Geres, VEH, Lacen, SVO, Cievs Recife e Cievs Jaboatão quando é solicitado. (6 pts)	Entrevista com gestores e técnicos do Cievs e observação direta
		b) Confronto com as respostas dos atores solicitantes.	Entrevista e triangulação.
GOVERNABILIDADE PTS MAX 35 PTS	1. Autonomia do responsável pelo Cievs PTS MAX 5	a) Autonomia do gestor para planejar ações ou usar recurso financeiro para as ações do Cievs independente do superior hierárquico. (5 pts)	Entrevista com gestores
	2. Adesão dos interessados (outras áreas da mesma esfera) PTS MAX 5	a) Existência de boa adesão das áreas técnicas da SEVS, Geres, VEH, Cievs Recife, Cievs Jaboatão entre outros atores envolvidos (SVO, APEVISA, Lacen) no processo de articulação da detecção, monitoramento e interface nas ações de resposta aos Evento de Saúde Pública. (5 pts)	Entrevista com gestores
	3. Estrutura político-administrativa para responder às situações de emergência. PTS MAX 5	a) Existência na SES uma proposta escrita para assegurar implantação no Cievs de instrumentos padronizados de detecção, monitoramento e interface nas ações de resposta a um Evento de Saúde Pública (5 pts) ;Se Regimento Interno do Cievs e portaria (5 pts); Se apenas Regimento Interno (2,5 pts); Se apenas portaria (2,5 pts)	Entrevista com gestores e técnicos do Cievs e observação direta
	4. Estabilidade dos profissionais PTS MAX 5	a) Existe definição de mecanismos efetivos de contratação de recursos humanos para a equipe Cievs (1,5 pts)	Entrevista com gestores e técnicos do Cievs e observação direta
	b) Há garantia de manutenção dos profissionais no Cievs (1,0 pt)		
	c) Qual o tempo médio que um técnico permanece no Cievs (1 pt) < 12 meses (0,1 pt) ;> 12meses – 24 m (0,5 pt); Se >24 meses (1 pt)	Entrevista com gestores e técnicos do Cievs	
	d) Qual o tempo médio que um coordenador permanece no Cievs(1 pt) ≤ 12 meses (0,1 pt); > 12meses – 24 m (0,5 pt); Se >24 meses (1 pt)		

	5. Adesão dos profissionais do Cievs à gestão. PTS MAX 5	<p>a) Satisfação com o trabalho desenvolvido pela equipe (3 pts) Se totalmente satisfatória (3 pts); Se Satisfatória (2,5 pts); Se Regularmente Satisfatória (2 pts); Se Pouco Satisfatória (1,5pts); Se Insatisfatória (1 pt); Se totalmente insatisfatória (0 pt)</p> <p>b) Identificação com o trabalho desenvolvido no Cievs (0,5 pts)</p> <p>c) Satisfação pessoal e profissional (1 pt); c.1) Pessoal (0,5pts); Se Sim 0,5 pt; Se Não 0 pt; c.2) Profissional (0,5 pts); Se Sim 0,5 pt; Se Não 0 pt</p> <p>d) Pretensão de fazer carreira profissional no Cievs (0,5 pt) Se Sim: 1pt ; Se Não: 0pt</p>	Entrevista com gestores e técnicos do Cievs
	6. Satisfação da coordenação estadual com a coordenação nacional do Cievs. PTS MAX 5	<p>a) Relação da coordenação estadual com a coordenação nacional do Cievs. (5 pts) Se Totalmente Satisfatória (5 pts); Se Satisfatória (4 pts); Se Regularmente Satisfatória (3 pts); Se Pouco Satisfatória (2 pts) Se Insatisfatória (1 pt); Se totalmente insatisfatória (0 pt)</p>	
	7. Participação dos profissionais do Cievs no processo de decisão das ações PTS MAX 5	<p>a) O planejamento das ações de emergência de saúde pública é realizado em conjunto (gestor, profissionais do Cievs e áreas específicas – agravos agudos, Vigi desastres) (5 pts)</p>	

Apêndice 3. Instrumento de coleta de dados - Grau de Implantação

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

Informante-chave:

Recursos Humanos

- A equipe Cievs/PE é composta por quantos profissionais?
 Nível médio Formação _____
 Nível superior Formação _____
 Pós-graduação Especificar _____
- O Cievs/PE possui equipe técnica treinada para detecção e resposta a surtos?
 Sim Não
 a) Se sim, quantos? _____ (Verificar carga horária e data).
- Quantos funcionários do Cievs são treinados (as) com:

CBVE - Curso Básico de Vigilância Epidemiológica	<input type="checkbox"/>
RSI - Regulamento Sanitário Internacional (uso do algoritmo de decisão)	<input type="checkbox"/>
CBRS - Curso Básico de Resposta a Surto	<input type="checkbox"/>
CBIS - Curso Básico de Investigação de Surto	<input type="checkbox"/>
Nenhum	<input type="checkbox"/>
- Possui equipe de sobreaviso nos finais de semana e feriados?
 Sim Não

Recursos Financeiros

- No Nível Central/SES há disponibilidade de recursos financeiros específicos para ações de emergência de saúde pública?
 Sim Não Não sabe
- No Cievs há disponibilidade de recursos financeiros destinados para capacitações/treinamentos em emergência de saúde pública, epidemiologia e uso do algoritmo de decisão do RSI (2005)?
 Sim Não Não sabe

Recursos Tecnológicos

- Dispõe de computadores em funcionamento com acesso a internet para todos os técnicos do Cievs?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
- Dispõe de impressoras em funcionamento?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
- Dispõe de telefone fixo?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, realiza chamadas DDD? Sim Não Não sabe
 b) Realiza chamadas DDI? Sim Não Não sabe
- Dispõe de telefone celular com pacote de dados para internet?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____

5. Dispõe de aparelho de fax em funcionamento?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
6. Possui aparelho de videoconferência em funcionamento?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
7. Possui aparelho de áudio conferência em funcionamento?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
8. Dispõe de GPS, em funcionamento, para investigação de campo?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
9. Dispõe de *tablets* disponíveis para investigação de campo?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
10. Possui Notebooks com acesso a internet de uso exclusivo?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____
11. Possui radio comunicador disponível para investigação de campo?
 Sim Não Não sabe
 a) Se sim, quantos? _____

Recursos Físicos/Operacionais

1. O Cievs possui sala disponível para realização de vídeo e áudio conferência e para realização de reuniões (sigilosas)?
 Sim Não Não sabe
2. Dispõe de arquivo com contatos de pessoas e instituições estratégicas/referências?
 Sim Não Não sabe
3. Tem sempre a disposição materiais de escritório?
 Sim Não
4. Há veículo disponível para o Cievs desenvolver as atividades?
 Sim Não
 a) Se sim, quantos? _____
5. O(s) veículo(s) é(são) exclusivo(s)?
 Sim Não
 a) Se não, é disponibilizado mediante a solicitação?
 Sim Não

Recursos Organizacionais

1. Utiliza a Portaria GM/MS Nº 1.271 de 06 de junho de 2014 e Portaria estadual nº 104 de 17/02/2012?
 Sim Não Não sabe
 a) Sabe de que trata esta portaria?
 Sim Não
2. Divulga a Portaria GM/MS Nº 1.271 de 06 de junho de 2014 e Portaria estadual nº 104 de 17/02/2012?
 Sim Não Não sabe
3. Possui planos de contingência de eventos de importância para saúde pública estadual disponível e atualizado nos últimos 5 anos?

- () Sim () Não
 a) Se sim, quais? (Pedir para ver e anotar) _____
4. Possui Protocolo Operacional Padrão (POP) para as atividades de rotina e plantão Cievs?
 () Sim () Não () Não sabe
 a) Se sim, qual percentual? () 100% () 75% () 50% () 25%
5. Possui ferramenta de notificação/comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas?
 () Sim () Não () Não sabe

AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Detecção

1. Realiza captura de rumores nos *sites* de mídia local, nacional e internacional, *Twitter*, *Health Map*, *Facebook*, e outros?
 () Sim () Não () Não sabe
 a) Se sim, em quais? _____
2. Amplia a busca ativa de rumores na mídia por meio da inclusão de doenças de notificação compulsória (DNC) e/ou outros eventos de importância para saúde pública relacionados a Emergência de saúde pública ou ao Evento de Massa (EM)?
 () Sim () Não () Não sabe
3. Recebe e analisa as notificações compulsórias imediatas listadas na Portaria GM/MS 1.271 de 06 de junho de 2014 e Portaria estadual nº 104 de 17/02/2012?
 () Sim () Não () Não sabe
 a) Se sim, qual o percentual das notificações imediatas recebidas e analisadas oportunamente? _____
4. Mobiliza os estabelecimentos de saúde de referência para notificação diária das DNCI's?
 () Sim () Não () Não sabe
 a) Se sim, de que forma? _____
5. Na ocorrência de possível emergência de saúde pública realiza diariamente busca ativa de DNCI (Portaria MS Nº 1.271/2014) nas unidades de saúde estratégicas para o evento, em municípios onde não houver VE estruturada?
 () Sim () Não () Não sabe
6. Na ocorrência de Evento de Massa realiza busca ativa de DNCI (Portaria MS Nº 1.271/2014) por turnos nas unidades de saúde estratégicas para o evento, 30 dias antes e 30 dias após o EM?
 () Sim () Não () Não sabe
7. Verifica as entradas das amostras de DNCI's para exames nos sistemas laboratoriais:
 a) Públicos? () Sim () Não () Não sabe
 b) Privados? () Sim () Não () Não sabe
 c) Se sim, qual a frequência desse acompanhamento?

8. Realiza o acompanhamento por turnos das entradas de amostra de DNCI para exames cadastrados no período da emergência de saúde pública/EM?
- () Sim () Não () Não sabe
- a) Públicos? () Sim () Não () Não sabe
- b) Privados? () Sim () Não () Não sabe
- c) Se sim, qual a frequência desse acompanhamento?
9. Realiza ronda epidemiológica em aeroporto e portos, semanalmente?
- () Sim () Não () Não sabe
10. Realiza ronda epidemiológica em hotéis, aeroporto, portos e instituições envolvidas no Emergência de Saúde Pública ou EM?
- () Sim () Não () Não sabe
11. Existe plantão de sobreaviso 24h/7 dias?
- () Sim () Não () Não sabe
12. Possui plantão presencial 24h durante um EM?
- () Sim () Não () Não sabe
13. Possui plantão presencial 24h durante uma emergência de saúde pública?
- () Sim () Não () Não sabe

Avaliação de Risco

1. Realiza avaliação da veracidade do evento de saúde pública (ESP) e da validação das suas informações quanto a sua importância para saúde pública, junto as áreas técnicas?
- () Sim () Não () Não sabe
2. Durante uma emergências de saúde pública ou EM realiza avaliação da veracidade do ESP e comunica ao Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS) estadual, Cievs/MS e outros atores envolvidos?
- () Sim () Não () Não sabe
3. Executa o processo de análise de risco dos ESP baseados nas ameaças, vulnerabilidade, transcendência e riscos?
- () Sim () Não () Não sabe
4. Faz notificação das DNCI, em até 24h a partir da suspeita inicial, ao Cievs/MS conforme portaria nacional de notificação compulsória vigente?
- () Sim () Não () Não sabe
5. Aplica as diretrizes do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS?
- () Sim () Não () Não sabe

Monitoramento

1. Faz o acompanhamento diário dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (SIME) e/ou ferramentas de acompanhamento de eventos?
- () Sim () Não () Não sabe
- a) Utiliza outro sistema de monitoramento, qual? _____

2. Na emergência de saúde pública ou no EM realiza o acompanhamento diário e/ou em tempo real dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e /ou ferramentas de acompanhamento do evento?
() Sim () Não () Não sabe
3. Elabora painel de monitoramento para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica?
() Sim () Não () Não sabe
4. Na emergência de saúde pública ou no EM elabora e acompanha em tempo real o painel de monitoramento por meio de ferramentas estratégicas?
() Sim () Não () Não sabe
- a) Qual(is) ferramenta(s) é(são) utilizada(s)? _____
5. Realiza reuniões semanais para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico?
() Sim () Não () Não sabe
6. Realiza reuniões diárias, durante a emergência de saúde pública ou EM, para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico?
() Sim () Não () Não sabe
-

Resposta Coordenada

1. Faz registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)?
() Sim () Não () Não sabe
2. Cooperar na articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública?
() Sim () Não () Não sabe
- a) Se sim, como são feitas essas articulações?
() Reuniões regulares () Contato pessoal () Contato conforme necessidade
() Outras _____

Apêndice 4. Check-list para observação sistemática da estrutura e do processo

DIMENSÃO	CRITÉRIOS	CONSTA/ REALIZA	TOTAL	NÃO CONSTA/ NÃO REALIZA	OBSERVAÇÃO
ESTRUTURA	Computador	X	08	-	Em funcionamento e com acesso a internet
	Impressora	X	01	-	Não funcionando por falta de cartucho
	Telefone fixo	X	03	-	Em funcionamento
	Telefone celular com pacote de dados para internet	X	01	-	Em funcionamento
	Aparelho de fax	X	01	-	Não funcionando
	Aparelho de videoconferência	X	01	-	Com falha no funcionamento
	Aparelho de áudio conferência	X	01	-	Em funcionamento
	Notebooks	X	01	-	Com acesso a internet de uso exclusivo e em funcionamento
	Radio comunicador	X	02	-	Em funcionamento
	Sala disponível para realização de vídeo, áudio conferência e reuniões	X	01	-	Disponível e com ótima estrutura física
	Arquivo com contatos de pessoas e instituições estratégicas/referências	X	01	-	Vários arquivos de contatos (email e telefone) existentes, atualizados separados e classificados por instituição/setor/órgão
	Materiais de escritório	X	-	-	Constatado existência de folhas A4, canetas, marcadores de texto, grampos, envelopes, clips, etc.
	Veículo	X	02	-	Embora o Cievs possua 2 veículos, estes não são exclusivos.
	Portaria GM/MS Nº 1.271 de 06 de junho de 2014 e Portaria estadual nº 104 de 17/02/2012	X	-	-	Possui as portarias e realiza divulgação online e impressa para SMS,GERES,VEH,ser viços e profissionais de saúde
Planos/Protocolos de contingência de eventos de importância para saúde pública estadual	X	06	-	Possui planos disponíveis e atualizados nos últimos 5 anos:	

					Sarampo, Manejo da Dengue, Influenza, DCJ, Eventos de massa(carnaval, Copa das Confederações e FIFA 2014), enchentes e inundações, etc.
	Protocolo Operacional Padrão (POP) para as atividades de rotina e plantão Cievs	X	15	-	Possui POP para todas as atividades de rotina e plantão. Os mesmos são arquivados em arquivos e impressos (POP para notificação, avaliação de risco, realização de clipping, manejo de email, etc)
	Ferramenta de notificação/comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas	X	-	-	Plataforma FormSUS – base DataSUS. A equipe elabora formulários específicos para notificação de DNCI , divulgação e compartilhamento das informações.
	GPS	X	02	-	Possui aparelhos de GPS em perfeitas condições de uso
	Tablet	X	30	-	Os tablets são de responsabilidade do Cievs para investigação de campo e outras demandas específicas.
PROCESSO	Captura de rumores na mídia relacionados às DNCI e eventos de importância para a saúde pública	X	-	-	Realizam a busca por meio de mídia audiovisual transmitida televisão, mídia eletrônica (digitais e redes sociais) diariamente Mídia local,nacional, internacional No EM foi verificado registros de busca (formulário com data e horário da busca)
	Detecção passiva de ESP a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	X	-	-	Realizada a detecção passiva por todos os meios de notificação em tempo oportuno

	Verificação das entradas das amostras DNCl nos sistemas laboratoriais	-	-	X	Ainda não consta na rotina a realização desta atividade. O que ocorre é a verificação das notificações enviadas pelos laboratórios de saúde pública (diariamente) e privados (não há frequência).
	Notificação das DNCl, em até 24h a partir da suspeita inicial, ao Cievs/MS	X	-	-	De acordo com o evento, pois algumas áreas técnicas da SEVS são resistentes a essa atividade do Cievs.
	Acompanhamento diário e/ou em tempo real dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e /ou ferramentas de acompanhamento do evento	-	-	X	Não há realização desta atividade. O SIME no discurso da equipe técnica do Cievs/PE não se adequa a realizada no âmbito estadual.
	Elaboração de painel de monitoramento para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica	-	-	X	Essa atividade não é realizada.
	Registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)	X	-	-	Há realização desses registros em formulário específico do FormSUS e em forma de relatórios no qual é divulgado entre os atores envolvidos com o evento.
	Reuniões para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico	-	-	X	Essas reuniões eram realizadas semanalmente em comitê chamado LESP.No entanto por falta de apoio da gestão foram canceladas.

Apêndice 5. Instrumento de coleta de dados - Análise do Contexto

Data da Entrevista: ____/____/____ Início:_____ Término:_____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistado (iniciais do nome):_____

Cargo:_____

Vínculo
profissional:_____

Obs:As questões abaixo referem-se ao período de 2013-2014.

CATEGORIA DE ANÁLISE: PROJETO DE GOVERNO

Refere-se ao conteúdo propositivo do plano, com ações que se pretende realizar para alcançar objetivos

1. Indicador:Estratégia Cievs como prioridade expressa no Plano de Governo.

Fonte: análise documental(Plano Estadual de Saúde)

2. Indicador:Emergência em Saúde Pública no Plano de Governo.

Fonte: análise documental (plano estadual de saúde)

3. Indicador:Recurso financeiro

3.1 Existe recurso orçamentário específico para implementação das ações de rotina do Cievs estadual?

()Sim ()Não ()Não sabe

Se sim, como é utilizado?

3.2Existe um planejamento integrado ou comitê gestor misto com outros setores do governo com orçamento próprio para os projetos do Cievs?

()Sim ()Não ()Não sabe

4. Indicador:Existência de outras estratégias/estruturas relacionadas com objetivos complementares as Emergências em Saúde Pública.

4.1 Existe comitê de enfrentamento de Emergências de Saúde Pública de interesse estadual, nacional e internacional estabelecido em portaria?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual (ais) o número da Portaria?

5. Indicador: Iniciativas intersetoriais existentes.

5.1 Existem mecanismos de articulação do Cievs com o setor público, privado e filantrópico?

Sim Não Não sabe

Se sim, como é realizada essa articulação?

Email Reunião

Telefone

Tem algum registro?

Ata Carta-convite

Relatório Memo

Frequência Ofício

6. Indicador: Informações produzidas utilizadas para o planejamento das ações

6.1 Utiliza informações epidemiológicas para o planejamento das ações do Cievs?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais?

Informes epidemiológicos Sistema de Monitoramento de
Eventos em Saúde Pública -SIME

Notificações

Relatório de órgãos internacionais
(CDC, OPAS...)

6.2 Utiliza regularmente os sistemas de informação em saúde?

Sim Não Não sabe

6.3 Quais?

- () Dados de laboratórios (GAL) () Sinan
- () Setor privado () SIM
- () Fontes formais para detecção de doenças/agravos

6.4 Com que periodicidade?

- () Diária () Trimestral
- () Semanal () Semestral
- () Mensal () Outros____

6.5 Com que finalidade?

- () Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública (ESP) () Detecção de ESP
- () Acompanhamento de ESP

*Checar esta informação nos sistemas/relatórios do laboratório.

CATEGORIA DE ANÁLISE: CAPACIDADE DE GOVERNO

Capital teórico, instrumental e experiência acumulada da equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo

1.Indicador: Capacidade técnica e habilidade prática na área de epidemiologia/Emergência de saúde pública.

Fonte: observação direta (1.4, 1.5 e 1.6)

1.1 Qual a sua formação?

- () Especialista em Epidemiologia;
- () Especialista em epidemiologia com treinamento específico em Emergências em Saúde Pública;
- () Especialista em Emergência de Saúde Pública;
- () Mestre em Saúde Pública;
- () Mestre em Epidemiologia;
- () Doutor em Saúde Pública;
- () Doutor em Epidemiologia.

1.2 Sente-se capacitado para desenvolver suas atividades?

- () Sim () Não () Não sabe

1.3 A equipe técnica está habilitada para analisar informações epidemiológicas e aplicar o algoritmo de decisão do RSI (2005)?

Sim Não Não sabe

1.4 Recebe/realiza capacitação sobre uso do algoritmo de decisão do RSI (2005)?

Sim Não Não sabe

1.5 Quantas capacitações foram realizadas no período de 2013-2014? _____

1.6 Quantos profissionais já foram capacitados ? _____

Se foram realizadas capacitações, verificar quantidade e nº de profissionais (ver atas, frequência ...)

2. Indicador: Estrutura física e componentes tecnológicos disponíveis para comunicação.

2.1 Considera que o Cievs possui estrutura física disponível (adequados) para comunicação?

Sim Não Não sabe

2.2 Considera que o Cievs possui componentes tecnológicos disponíveis (adequados) para comunicação?

Sim Não Não sabe

3. Indicador: Adequação do quadro técnico as necessidades do Cievs.

3.1 Conta com equipe técnica, própria do Cievs, que se articula com as demais áreas técnicas para as atividades de vigilância (investigação de campo, produção de materiais para divulgação, análises estatísticas, etc)?

Sim Não Não sabe

3.2 O quadro técnico do Cievs encontra-se treinado diante de uma emergência de saúde pública?

Sim Não Não sabe

3.3 Quais são os procedimentos de rotina do Cievs?

Detecção

Mineração de rumores

Monitoramento

Produção/divulgação de informações

Apoio na resposta

Outros _____

3.4 Considera que executa corretamente as atividades do Cievs?

Sim Não Não sabe

Se sim, Por quê?

4.Indicador: Reconhecimento do Cievs no organograma da SEVS.

Fonte: Observação direta (Verificar a existência do Cievs no Organograma SEVS)

5.Indicador : Articulação entre os atores envolvidos.

5.1 O Cievs consegue atender oportunamente as áreas técnicas da SEVS, Geres, VEH,Lacen, SVO, Cievs Recife e Cievs Jaboatão quando é solicitado?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, De que forma? Cite algum evento no qual se demonstrou esta articulação.

CATEGORIA DE ANÁLISE: GOVERNABILIDADE

Relacionada à liberdade de ação de que dispõem os atores sociais em situação, em face das variáveis. Capacidade de explicar a realidade, antecipar respostas e propor ações adequadas

1.Indicador:Autonomia do responsável pelo Cievs

1.1 Você tem autonomia para planejar ações ou usar recurso financeiro para as ações independente do superior hierárquico? (Ao perguntar ao técnico referir se o gestor possui autonomia)

1.2 () Sim () Não () Não sabe

1.3 * Em que circunstâncias? _____

*Se não se referir a portaria, perguntar se o entrevistado sabe se existe alguma regulamentação que garanta a autonomia.

2.Indicador:Adesão dos interessados

2.1Existe uma boa adesão das áreas técnicas da SEVS, Geres, VEH,Cievs Recife, Cievs Jaboatão entre outros atores envolvidos (SVO, APEVISA, Lacen) no processo de articulação da detecção, monitoramento e interface nas ações de resposta a aos Evento de Saúde Pública?

() Sim () Não () Não sabe

2.2Cite eventos onde houve a adesão de outros atores.

3.Indicador:Estrutura político-administrativa para responder às situações de emergência.

Fonte: observação direta

3.1Existe na SES uma proposta escrita para assegurar ao Cievs a implantação de instrumentos padronizados de detecção, monitoramento e interface nas ações de resposta a um Evento de Saúde Pública?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual?

Regimento Interno do Cievs Ofício

Portarias Qual (ais)? Memo

4.Indicador:Estabilidade dos profissionais

4.1Existe definição de mecanismos efetivos de contratação de recursos humanos para a equipe Cievs?

Sim Não Não sabe

4.2Há garantia de manutenção dos profissionais no Cievs?

Sim Não Não sabe

4.3Qual sua opinião sobre a rotatividade de técnicos no setor?

4.4 Qual o tempo médio que um técnico permanece no Cievs?

6 meses Mais de 24 meses

12 meses Outro_____

24 meses

4.5 Qual o tempo médio que um coordenador permanece no Cievs?

6 meses 24 meses Outro____

12 meses Mais de 24 meses

5.Indicador:Adesão dos profissionais do Cievs à gestão.

5.1Está satisfeito com o trabalho desenvolvido pela equipe?

Sim Não Regular Não sabe

5.2 Você se identifica com o trabalho desenvolvido no Cievs?

Sim Não Regular Não sabe

Porquê? _____

5.3 Você se sente satisfeito:

Pessoal Sim Não Regular Não sabe

Profissionalmente Sim Não Regular Não sabe

Porquê? _____

5.4 Teria outro setor que você tem mais identificação e gostaria de permutar?

Sim Não Não sabe

Sim sim, qual? _____

5.5 Pretende fazer carreira profissional neste setor?

Sim Não Não sabe

6. Indicador: Satisfação da coordenação estadual com a coordenação nacional do Cievs.

6.1 Como você classifica a relação da coordenação estadual com a coordenação nacional do Cievs?

Bastante satisfatória

Pouco satisfatória

Satisfatória

Insatisfatória

7. Indicador: Participação dos profissionais do Cievs no processo de decisão das ações.

7.1 O planejamento das ações de emergência de saúde pública é realizado em conjunto (gestor, profissionais do Cievs e áreas específicas – agravos agudos, Vigi desastres)?

Sim Não Não sabe

Apêndice 6. Pontuação obtida nas dimensões estrutura e processo

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTOS OBTIDOS								VL. MÁX	VL. OBT	MÉDIA		
						TEC 1	TEC 2	TEC 3	TEC 4	TEC 5	GEST 1	GEST 2	GEST 3				GEST 4	
ESTRUTURA	Detecção, Avaliação de Risco, Monitoramento e Resposta coordenada	Recursos Humanos	Equipe técnica	Um coordenador, seis apoiadores institucionais de nível superior e um técnico administrativo	Se possuir um coordenador e pelo menos seis apoiadores=5; Um coordenador e cinco apoiadores=4; pelo menos quatro ou três técnicos=3; um coordenador e dois técnicos=2, apenas um coordenador =1;	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	45	5,0	
			Equipe técnica treinada para detecção e resposta a surtos	Um coordenador e quatro apoiadores nível superior	≥ 50% da equipe = 2 < 50% da equipe = 1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0
			Equipe disponível para plantão sobreaviso nos finais de semana e feriados	Um técnico de nível superior de sobreaviso com celular institucional	Sim = 2; Não = 0;	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0
			Equipe técnica com pós graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Coordenador e pelo menos seis apoiadores com pós graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Sim = 3; Não = 0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0
		Computadores/ Internet	Computadores existentes com acesso a internet	Computadores com acesso a internet disponível para todos os técnicos	Quatro ou mais computadores com acesso a internet = 3; Pelo menos três computadores com acesso a internet = 2; Dois computadores com acesso = 1; Nenhum = 0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0
		Impressora	Impressora em funcionamento	Uma impressora em funcionamento	Uma ou mais impressoras = 1; Nenhum = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0	

Continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTOS OBTIDOS								VL. MÁX	VL. OBT	MÉDIA	
						TEC 1	TEC 2	TEC 3	TEC 4	TEC 5	GEST 1	GEST 2	GEST 3				GEST 4
ESTRUTURA	Detecção, Avaliação de Risco, Monitoramento e Resposta coordenada	Fax	Faxem uso	Um fax em uso	Um ou mais fax = 1; Nenhum = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Material de escritório	Material de escritório disponível	Papel, tinta de impressora e cartucho de fax, caneta, disponíveis durante o mês	Sim = 1; Não = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Celular	Celular disponível com pacote de dados para uso em plantão de sobreaviso	Pelo menos um telefone móvel com pacote de dados disponível	Um ou mais celulares = 2; Nenhum = 0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0
		Veículo	Veículo a disposição do Cievs	Um veículo disponível para desenvolver as atividades com maior rapidez	Um ou mais veículos = 1; Nenhum = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Aparelho de videoconferência	Aparelho de videoconferência	Um aparelho de videoconferência em uso	Um ou mais aparelhos de videoconferência = 1; Nenhum = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Aparelho de audio conferência	Aparelho de audio conferência	Um aparelho de audio conferência em uso	Um ou mais aparelhos de audio conferência = 1; Nenhum = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Arquivos de contato	Arquivo de contatos estratégicos/referências	Agenda com contatos estratégicos/referências	Sim = 1; Não = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Protocolos Operacionais Padrões (POPs) para cada atividade de rotina e plantão	POPs para cada atividades	Um Pop por atividade de rotina e plantão	Sim = 2; Não = 0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0

Continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTOS OBTIDOS								VL. MÁX	VL. OBT	MÉDIA		
						TEC 1	TEC 2	TEC 3	TEC 4	TEC 5	GEST 1	GEST 2	GEST 3				GEST 4	
ESTRUTURA	Detecção, Avaliação de Risco, Monitoramento e Resposta coordenada	Planos de contingência de eventos de importância para saúde pública estadual	Possui planos de contingência a eventos de importância para saúde pública estadual atualizados nos últimos 5 anos	Planos de contingência a eventos de importância para saúde pública estadual disponíveis e atualizados	Um ou mais planos de contingência = 2; Nenhum = 0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0	
		Ferramenta de notificação/comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas	Possui ferramenta de notificação/comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas	Ferramenta de notificação/comunicação rápida e divulgação de informações estratégicas implantada	Sim = 1; Não = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Portarias de notificação	Portarias de notificação atualizadas e de fácil acesso para consulta e divulgação quando necessário	Portarias de Notificação Compulsória GMMS e estadual vigentes	Sim = 1; Não = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Instalações físicas específicas	Sala disponível para reuniões sigilosas, para realização de vídeo e audio conferência	Uma sala disponível para o Cievs e uma específica para realização de vídeo e audio conferência	Sim = 2; Não = 0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0
		Recursos financeiros	Recursos financeiros disponíveis para situações de emergência	Recursos financeiros disponíveis para situações de emergência	Sim = 1; Não = 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0,0
		Telefone fixo	Telefone fixo disponível para receber e realizar chamadas (DDD e DDI)	Pelo menos dois telefone fixo disponível	Sim, DDI e DDD = 2; Sim, DDD= 1 Não = 0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0
		Radio comunicador	Radio disponível para investigação de campo	Pelo menos dois rádios disponíveis	Dois rádios = 1; Nenhum = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		GPS	GPS disponível para investigação de campo	Pelo menos um GPS disponível	Sim = 1; Não = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Tablet	Tablets em funcionamento e disponíveis para investigação de campo	Pelo menos 4 tablets disponíveis	4 ou mais tablets = 1; nenhum = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0
		Notebook	Notebooks com maleta e acesso a internet de uso exclusivo	Dois notebooks com maleta e acesso a internet para investigação de campo	Dois ou mais notebooks com acesso a internet = 2; Nenhum = 0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0
PONTUAÇÃO														360	351	39,0		
SUBTOTAL															97,5	97,5		

Continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	DESCRIÇÃO DO VALOR	PADRÃO	PONTOS OBTIDOS								VL. MÁX	VL. OBT	MÉDIA	GI/COMP		
						TEC 1	TEC 2	TEC 3	TEC 4	TEC 5	GEST 1	GEST 2	GEST 3					GEST 4	
PROCESSO	Detecção	Captura de rumores na mídia relacionados as doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) através da mídia audiovisual transmitida (televisão e rádio), mídia eletrônica (digitais e redes sociais) e mídia impressa (jornais e revistas) diariamente	Realiza busca ativa de rumores na mídia	Sites mídia internacional= 1 Sites de mídia nacional= 1 Sites de mídia local =1 Nenhum = 0	Acesso diário	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0		
		Ampliação da busca ativa de rumores na mídia por meio da inclusão de doenças de notificação compulsória (DNC) e/ou outros eventos de importância para saúde pública relacionados a Emergência em Saúde Pública ou ao Evento de Massa (EM)	Ampliação da busca ativa de rumores realizada	Aumento da frequência = 1 Inclusão de descritores em ferramenta de busca = 1 Adesão de novas ferramentas de busca = 0,5 Parceria com instituições = 0,5 Nenhuma = 0	Acesso diário	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0	
		Deteção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	% Notificações imediatas recebidas oportunamente	100 - 80% = 5 79 - 50% = 3 < 50% = 2 Não realiza = 0	Em até 24 h	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	45	5,0	
		Mobilização das estabelecimentos de saúde para notificação diária de DNCI (Portaria de notificação vigente) ao CievS	Estabelecimentos de saúde de referência mobilizadas	Sim = 4 ; Não = 0	Mensal	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	36	4,0	
		Busca ativa diária de DNCI (Portaria de notificação vigente) nas unidades de saúde estratégicas para o evento e nos municípios onde não houver Vigilância Epidemiológica (VE) estruturada	Busca ativa de DNCI realizada diariamente nas unidades de saúde estratégicas para o evento	Sim = 2; Não = 0	Diário	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0	
		Busca ativa por turnos (manhã e tarde) de DNCI e outros eventos de interesse para saúde pública nas unidades de saúde estratégicas para o EM no período pré (30 dias), durante e pós-evento (30 dias)	Busca ativa de DNCI realizada periodicamente nas unidades de saúde estratégicas para o EM	Sim = 2; Não = 0	Diário no período do EM	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0	
		Verificação das entradas das amostras DNClS nos sistemas laboratoriais de saúde pública e privados diariamente	% das amostras de DNClS verificadas	Sim = 2; Não = 0	Diário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0,0	
		Acompanhamento por turnos das entradas das amostra de DNClS , cadastradas no período da emergência/EM, em laboratórios de saúde pública e privados	% das amostra de DNClS acompanhadas durante a emergência de saúde pública/EM	Sim = 1; Não = 0	Diário	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0	
		Realização de ronda epidemiológica em portos e aeroporto, semanalmente	Rondas realizadas	Sim = 1; Não = 0	Semanal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0,0	

Continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	DESCRIÇÃO DO VALOR	PADRÃO	PONTOS OBTIDOS								VL. MÁX.	VL. OBT.	MÉDIA	GI/COMP	
						TEC 1	TEC 2	TEC 3	TEC 4	TEC 5	GEST 1	GEST 2	GEST 3					GEST 4
PROCESSO	Detecção	Realização de ronda epidemiológica diariamente em aeroporto, portos, hotéis e instituições envolvidas no ESP ou EM	Rondas realizadas	Sim = 2; Não = 0	Diário	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0	84,4
		Equipe presencial em horário comercial e de sobreaviso no período noturno, finais de semana e feriados (24h/7dias)	Plantão de sobreaviso realizado nos finais de semana e feriado	Sim = 4; Não = 0	24h/7dias	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	36	4,0	
		Plantão presencial 24h durante a Emergência em Saúde Pública	Plantão presencial realizado durante Emergência em Saúde Pública	Sim = 2; Não = 0	24h durante o Emergência em Saúde Pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0,0	
		Plantão presencial 24h durante o EM	Plantão presencial realizado durante o EM	Sim = 1; Não = 0	24h durante o EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0	
	Avaliação de Risco	Avaliação da veracidade do ESP e validação das suas informações necessárias quanto a importância em saúde pública	ESP captados pelo Cievs verificados e avaliados	Sim = 3; Não = 0	Diário	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0	100,0
		Avaliação da veracidade do ESP e comunicar ao Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS) estadual, Cievs/MS e outros atores envolvidos no EM	ESP captados pelo Cievs, avaliados quanto a veracidade e comunicados ao CIOCS e outros atores envolvidos no EM	Sim = 3; Não = 0	Diário durante o EM	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0	
		Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos para a saúde pública	Cenário de risco classificado quanto a importância ou conforme relevância epidemiológica	Sim = 3; Não = 0	Mensalmente ou conforme relevância epidemiológica	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0	
		Notificação das DNCI, em até 24h a partir da suspeita inicial, ao Cievs/MS conforme portaria nacional de notificação compulsória vigente	Notificações de DNCI realizadas oportunamente ao Cievs/MS	Sim = 3; Não = 0	Mensal	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0	
		Aplicação das diretrizes do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS	Eventos captados pelo Cievs que possam constituir emergências de saúde pública avaliados e notificados em até 24h a partir da suspeita inicial	Sim = 3; Não = 0	Diário	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	27	3,0	

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	DESCRIÇÃO DO VALOR	PADRÃO	PONTOS OBTIDOS								VL. MÁX	VL. OBT	MÉDIA	GI/COMP		
						TEC 1	TEC 2	TEC 3	TEC 4	TEC 5	GEST 1	GEST 2	GEST 3					GEST 4	
PROCESSO	Monitoramento	Acompanhamento diário e/ou em tempo real dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e /ou ferramentas de acompanhamento do evento	Eventos monitorados	Sistema próprio = 2 SIME = 1 Não = 0	Diário	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18	2,0	44,4	
		Elaboração de painel de monitoramento para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica (Atividades essenciais ou emergências de Saúde Pública)	Painel de monitoramento elaborado, interpretado e divulgado	Sim = 1; Não = 0	Por semana epidemiológica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0		0,0
		Elaboração e acompanhamento em tempo real de painel de monitoramento por meio de ferramentas estratégicas (EM)	Painel de monitoramento elaborado e acompanhado	Sim = 2; Não = 0	Em tempo real	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18		2,0
		Reuniões para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão em comitê técnico	Reuniões realizadas	Sim = 4; Não = 0	Diária (EM)/semanal (Atividades essenciais e emergências de Saúde Pública)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0		0,0
	Resposta Coordenada	Registro das atualizações relacionadas ao evento (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica)	Registro realizado	Pelo menos um registro = 1; Nenhum registro=0	Pelo menos um registro realizado por ESP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	1,0	100,0	
		Cooperação na articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	Cooperação na articulação intra/intersetorial	Sim = 2; Não = 0	Realiza reunião para articulação	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18		2,0
PONTUAÇÃO														531	441	49,0	82,2		
SUBTOTAL															83,1	81,7			
GI TOTAL																88,0			

Apêndice 7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Maria Auxiliadora Vieira Caldas Sivini, o(a) convido para participar da pesquisa “**Análise de Implantação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Pernambuco**”, 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 o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Pernambuco - Cievs, partindo da importância do seu papel diante das Emergências em Saúde Pública, por ser uma estratégia relativamente recente e a escassez de publicações sobre o tema.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da entrevista e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados.

A sua participação será por meio de uma entrevista gravada que o(a) senhor(a) deverá responder. 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.

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos. O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos.

Os resultados serão avaliados pela pesquisadora e qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 8846-0238 ou email: auxiliadora.sivini@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, telefone (81)2122.4756, email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30hs e 13:30 às 16:00hs.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

Pernambuco, ____ de _____ de 2014

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

Apêndice 8. Matriz de avaliação da Conferência de Consenso, com o desmembramento do modelo lógico em itens de avaliação (1ª Etapa)

1ª ETAPA: CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente A: DETECÇÃO	9,6	0,8
A1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos materiais; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	8,8	1,4
A2. Atividades essenciais:		
A2.1 Captura de rumores na mídia relacionados as doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) e/ou outros eventos de importância para saúde pública, por meio da mídia audiovisual transmitida (televisão e rádio), mídia eletrônica (digitais e redes sociais) e mídia impressa (jornais e revistas) diariamente	9,1	1,2
A2.2 Detecção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	8,6	2,0
A2.3 Mobilização dos estabelecimentos de saúde de referência para notificação diária de DNCI (Portaria de notificação vigente) ao Cievs	8,3	2,6
A2.4 Verificação das entradas das amostras DNCl nos sistemas laboratoriais de saúde pública e privados diariamente	8,0	2,6
A2.5 Realização de ronda epidemiológica em portos e aeroportos, semanalmente	7,3	2,6
A2.6 Equipe presencial em horário comercial e de sobreaviso no período noturno, finais de semana e feriados (24h/7dias)	9,4	1,0
A3. Atividades em Emergência de Saúde Pública		
A3.1 Ampliação da busca ativa de rumores na mídia por meio da inclusão de doenças de notificação compulsória (DNC) e/ou outros eventos de importância para saúde pública relacionados a Emergência de saúde pública ou ao Evento de Massa (EM)	9,2	1,2
A3.2 Detecção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	8,6	2,0
A3.3 Busca ativa diária de DNCl (Portaria de notificação vigente) nas unidades de saúde estratégicas para o evento e nos municípios onde não houver Vigilância Epidemiológica (VE) estruturada	8,1	2,7
A3.4 Acompanhamento por turnos das entradas das amostra de DNCl, cadastradas no período da emergência/EM, em laboratórios de saúde pública e privados	8,1	2,7
A3.5 Realização de ronda epidemiológica diariamente em aeroportos e portos, hotéis e instituições envolvidas no ESP ou EM	7,8	2,9
A3.6 Plantão presencial 24h	8,9	2,0
A4 Atividades em Eventos de massa		
A4.1 Ampliação da busca ativa de rumores na mídia por meio da inclusão de doenças de notificação compulsória (DNC) e/ou outros eventos de importância para saúde pública relacionados a Emergência de saúde pública ou ao Evento de Massa (EM)	9,2	1,2
A4.2 Detecção passiva de Eventos de Saúde Pública (ESP) a partir de notificações recebidas pelo Disque Notifica, email e FormSUS (formulário eletrônico)	9,0	2,0
A4.3 Busca ativa por turnos (manhã e tarde) de DNCl e outros eventos de interesse para saúde pública nas unidades de saúde estratégicas para o evento no período pré (30 dias), durante e pós-evento (30 dias)	8,4	2,8
A2.4 Acompanhamento por turnos das entradas das amostra de DNCl, cadastradas no período da emergência/EM, em laboratórios de saúde pública e privados	8,0	2,6
A2.5 Realização de ronda epidemiológica diariamente em aeroportos e portos, hotéis e instituições envolvidas no ESP ou EM	7,8	2,9
A2.6 Plantão presencial 24h	8,9	2,0
Produto A.2.1, A3.1, A4.1: N° de verificações realizadas a partir dos eventos detectados na mídia	8,43	3,05
Produto A.2.2, A3.2, A4.2: 80% das notificação de DNCl recebidas oportunamente*	9,3	1,3
Produto A.2.3, A3.3, A4.3: 80% das DNCl/ ESP captados oportunamente nas unidades de saúde de referência e/ou estratégicas para o evento	8,9	1,7
Produto A.2.4, A3.4, A4.4: 100% das amostras estratégicas de DNCl detectadas diariamente ou por turnos	7,93	3,27
Produto A.2.5, A3.5, A4.5: N° de estabelecimentos com ronda epidemiológica realizada diariamente ou semanalmente	8,7	2,6
Produto A.2.6, A3.6, A4.6: 100% dos dias cobertos por equipes presenciais e/ou de sobreaviso (24h/7dias)	8,9	1,7
A5. Resultado Intermediário: Detecção de ESP para alerta e resposta às potenciais Emergências de Saúde Pública de importância estadual, nacional e internacional	9,9	0,4
A6. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	9,8	0,4

Continua

1ª ETAPA: CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente B: AVALIAÇÃO DE RISCO	9,9	0,4
B1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos materiais; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	8,6	1,7
B2. Atividades essenciais:		
B2.1 Avaliação da veracidade do ESP e validação das suas informações necessárias quanto a importância em saúde pública	9,4	1,1
B2.2 Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos	9,4	0,8
B2.3 Aplicação do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS	8,9	3,0
B3. Atividades em Emergência de Saúde Pública		
B3.1 Avaliação da veracidade do ESP e validação das suas informações necessárias quanto a importância em saúde pública	9,4	1,1
B3.2 Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos	9,4	0,8
B3.3 Aplicação do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS	8,9	3,0
B4. Atividades em Eventos de massa		
B4.1 Avaliação da veracidade do ESP junto com Centros Integrados de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS)	8,8	2,0
B4.2 Classificação da importância do ESP segundo análise do cenário de risco baseado nas ameaças, vulnerabilidades, transcendência e riscos	9,4	0,8
B4.3 Aplicação do instrumento de decisão (Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005) para avaliar obrigatoriedade de notificação ao MS	8,9	3,0
B5. Produtos		
B2.1, B3.1, B4.1: 100% dos ESP captados pelo Cievs avaliados	9,5	1,1
B2.2, B3.2, B4.2: Cenário de risco elaborado mensalmente ou conforme relevância epidemiológica	9,1	1,5
B2.3, B3.3, B4.3: 100% dos eventos captados pelo Cievs que possam constituir emergências de saúde pública internacional avaliados e notificados	9,6	0,7
B6. Resultado Intermediário: Identificação da relevância do ESP de importância estadual, nacional e internacional para monitoramento e resposta coordenada	9,7	0,5
B7. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	8,6	2,5

Continua

1ª ETAPA: CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente C: MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	9,7	0,5
C1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos materiais; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	8,6	1,7
C2. Atividades essenciais:		
C2.1 Acompanhamento dos Eventos de Saúde Pública (ESP) de importância estadual, nacional e internacional por meio do Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (SIME) semanalmente	8,1	2,0
C2.2 Elaboração de gráficos para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica	8,6	1,4
C2.3 Reuniões semanais para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão - Comitê de Avaliação e Monitoramento Eventos de Saúde Pública	9,6	0,5
C3. Atividades em Emergência de Saúde Pública		
C3.1 Acompanhamento dos Eventos de Saúde Pública (ESP) de importância estadual, nacional e internacional por meio do Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (SIME) semanalmente	8,1	2,0
C3.2 Elaboração de gráficos para divulgação e interpretação dos indicadores por semana epidemiológica	8,6	1,4
C3.3 Reuniões semanais para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão - Comitê de Avaliação e Monitoramento Eventos de Saúde Pública (CAME)	9,6	0,5
C4. Atividades em Eventos de massa		
C4.1 Acompanhamento em tempo real dos ESP de importância estadual, nacional e internacional por meio do SIME e do Ambiente de Monitoramento de Risco (AMBER)	8,4	1,5
C4.2 Acompanhamento em tempo real de representações gráficas e do comportamento epidemiológico do EM por meio do QlikView	8,6	1,4
C4.3 Reuniões semanais para a avaliação de ESP monitorados para tomada de decisão - Comitê de Avaliação e Monitoramento Eventos de Saúde Pública	9,6	0,5
C5. Produtos		
C2.1, C3.1, C4.1: 100% dos eventos de importância à saúde pública monitorados	9,5	0,5
C2.2, C3.2, C4.2: 100% das semanas epidemiológicas analisada e com representação gráfica, nos casos de EM, diariamente.	9,0	1,3
C2.3, C3.3, C4.3: 100% das reuniões realizadas semanalmente	9,5	1,1
C6. Resultado Intermediário: Monitoramento contínuo e análise epidemiológica dos ESP para subsidiar tomada de decisão para definição das estratégias de resposta	9,4	1,0
C7. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	8,6	2,5

Continua

1ª ETAPA: CONFERÊNCIA DE CONSENSO		
<i>Consenso do Modelo Lógico do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>		
	Média	DP
Componente D: RESPOSTA COORDENADA	8,9	2,3
D1. Estrutura (Recursos Humanos; Recursos matérias; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas; Recursos Financeiros)	8,6	1,7
D2. Atividades essenciais:		
D2.1 Apoio técnico, quando superada as capacidades das unidades técnicas gestoras, nos aspectos de epidemiologia, vigilância e saúde pública;	8,1	2,3
D2.2 Elaboração de material técnico (notas técnicas, informes e alertas) relacionado aos ESP e divulgação para áreas técnicas da SES, Geres, Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (VEH)	6,93	3,77
D2.3 Registro das atualizações do evento relacionado a resposta de campo (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e até orientação técnica)	8,9	1,5
D2.4 Articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	9,3	1,9
D3. Atividades em Emergência de Saúde Pública		
D3.1 Apoio técnico, quando superada as capacidades das unidades técnicas gestoras, nos aspectos de epidemiologia, vigilância e saúde pública;	8,1	2,3
D3.2 Elaboração de material técnico (notas técnicas, informes e alertas) relacionado aos ESP e divulgação para áreas técnicas da SES, Geres, Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (VEH)	6,9	3,8
D3.3 Registro das atualizações do evento relacionado a resposta de campo (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e até orientação técnica)	8,9	1,5
D3.4 Articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	9,3	1,9
D4. Atividades em Eventos de massa		
D4.1 Apoio técnico, quando superada as capacidades das unidades técnicas gestoras, nos aspectos de epidemiologia, vigilância e saúde pública;	8,1	2,3
D4.2 Elaboração de material técnico (notas técnicas, informes e alertas) relacionado aos ESP e divulgação para áreas técnicas da SES, Geres, Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (VEH)	6,9	3,8
D4.3 Registro das atualizações do evento relacionado a resposta de campo (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e até orientação técnica)	8,9	1,5
D4.4 Articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta às Emergências em Saúde Pública	9,3	1,9
D5. Produtos		
D2.1, D3.1, D4.1: Unidades técnicas gestoras apoiadas tecnicamente em 100% das DNCl detectadas	9,1	1,2
D2.2, D3.2, D4.2: Material técnico elaborado	8,4	2,0
D2.3, D3.3, D4.3: Registro realizado	8,7	1,7
D2.4, D3.4, D4.4: Articulação realizada	9,6	1,1
D6. Resultado Intermediário: Contenção dos riscos de saúde pública, evitando a disseminação para outros territórios	8,6	2,1
D7. Impacto: Ampliação da capacidade de detecção e resposta às Emergências de Saúde Pública	8,6	2,5

ANEXOS

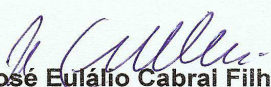
Anexo 1. Aprovação do comitê de ética em pesquisas com seres humanos

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

**DECLARAÇÃO**

Declaro que o projeto de pesquisa nº **4490-14** intitulado “**Centro de informações estratégicas de vigilância em saúde de Pernambuco: Um estudo de avaliabilidade de análise de implantação**” apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Maria Auxiliadora Vieira Caldas Sivini** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em 21 de novembro 2014.

Recife, 24 de novembro de 2014


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br