



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

DANYELLA KESSEA TRAVASSOS TORRES DE PAIVA

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE NO
ESTADO DE PERNAMBUCO**

RECIFE
2013

DANYELLA KESSEA TRAVASSOS TORRES DE PAIVA

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE NO
ESTADO DE PERNAMBUCO**

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

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Isabella Samico

Co-orientador: Prof. Dr. Eronildo Felisberto

RECIFE
2013

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Imip

P149a Paiva, Danyella Kessea Travassos Torres de

Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica em uma regional de saúde no estado de Pernambuco / Danyella Kessea Travassos Torres de Paiva; orientadora Isabella Chagas Samico. – Recife: Do Autor, 2013.

119 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2013.

1. Avaliação de Desempenho. 2. Avaliação em Saúde. 3. Vigilância Epidemiológica. 4. Sistemas de Saúde. I. Samico, Isabella Chagas, orientadora. IV. Título.

CDD 614

DANYELLA KESSEA TRAVASSOS TORRES DE PAIVA

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE NO
ESTADO DE PERNAMBUCO**

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

Aprovada em: ____ de _____ de 2013

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sônia Natal – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Dra. Luciana Santos Dubeux – IMIP

Dra. Isabella Samico – IMIP

*Se alguém fala, fale como entregando oráculos de Deus;
se alguém ministra, ministre segundo a força que Deus concede;
para que em tudo Deus seja glorificado por meio de Jesus Cristo,
a quem pertencem a glória e o domínio para todo o sempre.*

Amém.

1 Pedro 4:11

AGRADECIMENTOS

À Deus por seu infinito amor, pela sua misericórdia e maravilhosa graça que permitiu que mais essa etapa em minha vida fosse concluída, por ter trilhado o meu caminho de uma maneira tão especial e perfeita, tomando os cuidados que só um Pai tem com um filho. Obrigada por me entender e me aceitar como eu sou.

Aos meus pais, por todo amor, carinho e compreensão, pelas horas difíceis, pelas horas divertidas, por todo esforço que vocês fizeram, pelas ausências necessárias, pelo exemplo de vida que vejo em vocês, minha mãe lutadora, perseverante, mulher virtuosa, meu pai sonhador, trabalhador, vencedor, brincalhão e foi esse o modelo que me inspirou e me fez ser a pessoa que sou hoje. Obrigada pai e mãe!!

À minha alma gêmea, meu esposo, meu companheiro, meu amigo, me perdoe pelas ausências, pelas faltas durante esse tempo, obrigada pela compreensão, pelo carinho, sugestões, paciência!! Você que me completa todos os dias, sabia desde o início que eu iria conseguir, você acreditou em mim desde o primeiro momento que nos conhecemos. Obrigada por cuidar de nossa filha, minha querida e pequena Manu, que tantas vezes durante esse período me chamou para brincar e eu não pude... Tão pequena e linda, você foi o maior e melhor presente que Deus me deu, é o melhor de mim!!

À minha querida e amada irmã, Keyla Travassos, que me inspirou e fez acreditar, por ter iniciado esse caminho, pelas palavras sábias e duras, pelo seu jeito tão especial de fazer e ser! Obrigada irmã!

Há amigos que são mais chegados que um irmão, Bidinha, você é esse amigo-irmão que Deus me deu!! Obrigada por acreditar em mim, antes de mim e participar de todos os momentos de minha vida. Obrigada por me ouvir e me entender como ninguém!!

A turma do Mestrado por serem os primeiros incentivadores, pelo carinho especial que sinto por todos vocês e as meninas que terão um lugar em meu coração para sempre, Monique Maravilhosa, Carlinha e Sandra. A turma do “desempenho” Patrícia Lima, Monik Chachá e Dani, obrigada meninas pelo apoio e incentivo mútuo!! Em especial à Juciany, por partilhar as dúvidas, ansiedades, descobertas, angústias, e por ter se revelado essa amiga tão carinhosa, alegre e divertida e principalmente pelas nossas conversas com pizza!!

Obrigada amigas Ana Regazzi, Fabi Menezes e Livramento pelas consultas nos momentos de angústia e pelas orientações nos momentos de insensatez.

Obrigada meu amigo Dodi, pela acolhida em seu lar, pela disponibilidade, pelo carinho e amizade e nessa reta final por ser meu consultor!!

Obrigada às minhas queridas amigas Cláudia Aquino e Joelma, por estarem ao meu lado, me entender, suportar e ainda torcer!! Por saber que é uma vitória também de vocês!

Obrigada aos nossos queridos mestres, sem os quais não teríamos conseguido cumprir todas as etapas!

Obrigada em especial aos mestres e meus queridos orientadores, Isabella Samico e Eronildo Felisberto, pela confiança, por apresentar o caminho e pelas orientações sem as quais não teria conseguido.

À todos que diretamente ou indiretamente contribuíram com sugestões, textos, informações. Ao pessoal da SES, aos colegas de trabalho da IX GERES, pela ajuda na coleta de dados, por ter cedido o seu tempo, pelas informações prestadas, à equipe da saúde de Bodocó, que durante oito anos foi minha segunda casa, onde aprendi e aperfeiçoei a profissional que sou hoje.

À minha equipe de trabalho da IX GERES, os coordenadores e apoiadores, que confiaram em mim, aceitaram esse grande desafio e que nesses primeiros meses me apoiaram, incentivaram e acreditaram que poderia dar certo! À todos os funcionários e colaboradores meus sinceros agradecimentos.

E ainda à todos que de alguma forma participaram e compartilharam comigo esse sonho que hoje se torna realidade.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desempenho do subsistema de vigilância epidemiológica na IX Gerência Regional de Saúde – IX GERES no ano de 2011.

Método: Estudo avaliativo utilizando a abordagem do desempenho do modelo EGIPSS (*Evaluation Globale et Integée de la Performance des Systemes de Santé – Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde*), adaptado para vigilância epidemiológica, utilizando as funções de adaptação, alcance de metas, produção e manutenção de valores. Foi elaborado o Modelo Lógico e o Modelo Integrador do Desempenho da vigilância epidemiológica na IX GERES. A partir desses modelos, foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento contendo, além dos critérios e indicadores, os parâmetros e os pontos de corte. A coleta dos dados foi realizada por meio de análise de documentos, dos sistemas de informação em saúde e entrevistas com profissionais da IX GERES. A análise dos dados foi realizada a partir dos valores obtidos na matriz de análise e julgamento e apresentados de acordo com a seguinte classificação: desempenho excelente, se o resultado alcançar 90 pontos e mais; desempenho bom, se o resultado alcançar 75 a 89 pontos; desempenho regular, se o resultado alcançar 60 a 74 pontos e desempenho ruim, se o resultado for \leq a 59 pontos. As relações existentes entre as funções foram analisadas a partir dos indicadores que obtiveram as menores pontuações.

Resultados: A avaliação apresentou um desempenho regular da vigilância epidemiológica na IX Gerência Regional de Saúde (71,2), influenciado por um desempenho regular nas funções adaptação (68,0) e alcance de metas (72,0), bom na função produção (84,0) e ruim na função manutenção de valores (56,0). As funções adaptação e manutenção de valores apresentaram os menores desempenhos sendo a relação entre as mesmas identificada como o alinhamento contextual que avalia a sobrevivência da organização ao ambiente externo.

Conclusão: Em relação ao desempenho nas dimensões, destacam-se como potencialidades na função adaptação *aquisição de recursos*; na função alcance de metas *efetividade* e na função produção *processo de trabalho e qualidade*. No entanto, a avaliação da vigilância epidemiológica da IX Regional de Saúde apontou fragilidades que indicam a necessidade de aperfeiçoar o sistema, reforçando a importância de utilizar a avaliação de desempenho como instrumento de gestão norteador dessas mudanças.

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho, Avaliação em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the performance of the Epidemiological Surveillance System at the IX Regional Health Management - IX GERES in 2011.

Method: Evaluative study using the performance model of EGIPSS (*Evaluation Intégrée Globale et de la Performance des Systemes de Santé* - Elements of systems architecture for assessing the performance of health services), adapted for epidemiological surveillance with the functions of adaptation, goal attainment, production and conservation of values. It was elaborated the Logic Model and the Integrated Performance Model of the epidemiological surveillance in GERES IX. From these models, it was developed the Matrix of Analysis and Judgment with criteria and indicators, parameters and cutoffs. Data collection was carried out using document analysis, data from information systems and interviews with health professionals of the IX GERES. Data analysis was performed using the values from the matrix of analysis and judgment and presented according to the following classification: Excellent performance: 90 points and more; Good performance: 75-89 points; Regular performance: 60-74 points and Poor performance: less than 59 points. The relationships among the functions were analyzed from indicators with the lower scores.

Results: The performance of the epidemiological surveillance in the IX Regional Health Management was regular (71,2), influenced by a regular performance in the adaptation function (68,0) and goal attainment (72,0), good in the production function (84,0) and poor in the role of conservation values (56,0). The adaptation and conservation of values presented the lower results of performance. The relationship between these function is defined as the contextual alignment that evaluates the organization survival towards the external environment.

Conclusion: Regarding the performance dimensions, it is pointed out as potentialities: adaptation function: the resource acquisition; goal attainment: the effectiveness; production function: work process and quality. However, the evaluation of epidemiological surveillance in the IX Regional Health pointed out weaknesses that indicate the need to improve the system, reinforcing the importance of using performance evaluation as a management tool to guide these changes.

Keywords: Performance Evaluation, Health Evaluation, Epidemiological Surveillance, Health Systems

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente Comunitário de Saúde
APEVISA	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
ATT	Acidente de Transporte Terrestre
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID 10	Décima Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
DNC	Doença de Notificação Compulsória
EGIPSS	Elementos de Arquitetura do Sistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços de Saúde
<i>et al</i>	Colaboradores
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GERES	Gerência Regional de Saúde
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GT's	Grupos Técnicos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPP	Índice de Infestação Predial
IR	Índice Relativo
IRFA	Índice Relativo Função Adaptação
IRFAM	Índice Relativo Função Alcance de Metas
IRFCV	Índice Relativo Função Manutenção de Valores
IRFP	Índice Relativo Função Produção
LACEN	Laboratório Central
ND	Nível de Desempenho
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS/CDC	Organização Pan-Americana de Saúde/Centro de Controle de Doenças
PAVS	Programação Pactuação Integrada da Vigilância à Saúde

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIT	Postos de Informação de Triatomíneo
PNI	Programa Nacional de Imunização
PROADESS	Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISFAD	Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue
SISAPI	Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Descrição das Portarias/Instruções normativas utilizadas para construção do Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica.	34
Quadro 2 – Descrição dos indicadores e fonte utilizados no modelo integrador da Vigilância Epidemiológica na IX GERES, PE.	38
Tabela 1 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Adaptação. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.	57
Tabela 2 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Alcance de Metas. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.	59
Tabela 3 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Produção. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.	61
Tabela 4 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Manutenção de Valores. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo EGIPSS	28
Figura 2 – Divisão político-administrativa do Estado de Pernambuco, 2011.	32
Figura 3 – Modelo Lógico proposto para Vigilância Epidemiológica na IX Regional de Saúde, IX GERES, PE.	34
Figura 4 – Modelo Integrador do desempenho, baseado no modelo EGIPSS, adaptado para a Vigilância Epidemiológica na IX GERES, PE.	42
Figura 5 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica. Função Adaptação. IX GERES, PE.	43
Figura 6 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica. Função Alcance de Metas. IX GERES, PE.	44
Figura 7 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica. Função Produção. IX GERES, PE.	45
Figura 8 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica. Função Manutenção de Valores. IX GERES, PE.	46
Figura 9 – Matriz de Análise e Julgamento da Vigilância Epidemiológica na IX GERES, PE.	48

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	15
1.1 Evolução da Vigilância Epidemiológica no Brasil	16
1.2 Avaliação na área da Vigilância Epidemiológica	22
II. JUSTIFICATIVA	29
III. OBJETIVOS	31
Geral	31
Específicos	31
IV. MÉTODOS	32
4.1 Área do estudo	32
4.2 Desenho do estudo	33
4.3 Período do estudo	33
4.4 Etapas do estudo	33
4.4.1 Elaboração do Modelo Lógico da Intervenção	33
4.4.2 Elaboração do Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica	37
4.4.3 Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento	47
4.5 Coleta de dados	52
4.6 Processamento e Análise dos dados	52
4.7 Avaliação do Desempenho	53
4.8 Considerações éticas	55
V. RESULTADOS	56
VI. DISCUSSÃO	65
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
VIII. RECOMENDAÇÕES	97
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICE	110
APÊNDICE A – Questionário	111
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE	118
APÊNDICE C – Carta de aprovação do Comitê de Ética	120

I. INTRODUÇÃO

O debate acerca das políticas de saúde tem estimulado diversos países a estabelecerem uma série de ações e tentarem solucionar as desigualdades e problemas sanitários enfrentados pela população.

No Brasil, a organização do sistema de saúde foi construído pautado em tentativas de estruturar e organizar as políticas setoriais com garantias de diretrizes que são foco de diversas discussões como acesso, integralidade e equilíbrio entre recursos e demandas¹. Com o objetivo de atender aos problemas de saúde da população, a organização sanitária deu-se de maneira dicotômica entre a assistência médica e a saúde pública. A saúde pública teve início no Estado Moderno e desenvolveu-se em duas áreas de atuação: a *Vigilância e Controle de doenças*, caracterizando o início de suas intervenções no século XX, com um sistema de saúde, denominado de sanitarismo campanhista para conter as doenças pestilenciais presentes naquele período e a *Vigilância Sanitária* voltada para as ações de controle sanitário^{2,3}.

O movimento denominado de “Reforma Sanitária” trouxe em seu arcabouço as propostas explicitadas na 8.^a Conferência Nacional de Saúde cujo bojo foi incorporado na Constituição Federal de 1988 e constituíram a base para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Desde então, vem sendo discutidas propostas de modelos assistenciais ou modelos de atenção ou modos de intervenção que coerentes com os princípios do SUS sejam capazes de articular as práticas coletivas e individuais em diferentes dimensões das necessidades de saúde além das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, visando à atenção integral à saúde da população^{2,5}.

E a Vigilância e Controle de doenças, diante da necessidade de aperfeiçoar e ampliar as práticas para além das doenças transmissíveis, compreendendo que a Vigilância em Saúde, hoje assim denominada, tem o objetivo de permanentemente

analisar a situação de saúde da população, e ainda, procurando aperfeiçoar o seu desenvolvimento técnico-metodológico coerente com o cenário epidemiológico atual, rompendo com o modelo assistencial vigente desde a década de 1970^{6,7}. Contempla em seu arcabouço as ações de Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Sanitária e da Saúde do Trabalhador construídas em seu processo histórico na Lei 8.080/90 e derivados desta³ e mais recentemente constitui-se ainda a Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde conforme a Portaria n.º 3.252 de 22 de dezembro de 2009¹⁹.

Para fins do presente estudo, foi definido como objeto a Vigilância Epidemiológica, esta compreendendo a vigilância e controle de doenças transmissíveis e a vigilância e controle das doenças e agravos não transmissíveis.

1.1 A EVOLUÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Até 1974, a maior parte dos Estados apenas notificava casos, não eram desenvolvidas as atividades tidas como essenciais. Então, em 1975, numa tentativa de reordenação do setor saúde, efetivando-se por uma recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, com características mais universalistas, estabelecendo competências às distintas esferas do governo, mas que ainda privilegia o setor médico empresarial, tornando-se o modelo hegemônico na década de 80, a atenção médica assistencial privatista^{9, 10, 11}.

A Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública implantou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e como seus componentes o Sistema de Vigilância Epidemiológica, o Sistema de Vigilância Sanitária e o Sistema de Informação sobre Mortalidade todos de abrangência nacional, com responsabilidades

apenas para o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, excluindo os municípios, pois ainda não eram considerados gestores do sistema. Estabeleceram-se normas técnicas, antes inexistentes, referentes à notificação, investigação de casos e confirmação laboratorial^{9, 10, 11}.

Ainda neste mesmo ano, a “vigilância epidemiológica” passou a ser, institucionalmente definida no país assim:

“A vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde” (Lei Federal n.º 6.259 de 1975)

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi estabelecido através de bases legais pela Lei n.º 6.259 de 1975¹² e regulamentada posteriormente em 1976 pelo Decreto n.º 78.231¹³, promovendo-se certa descentralização das ações para as Secretarias de Saúde dos estados. Além disso, ocorre o estabelecimento da notificação das doenças compulsórias pela Portaria GM/MS n.º 314 de 27 de agosto de 1976, com o propósito de compatibilizar a operacionalização de estratégias de intervenção desenvolvidas para controlar doenças específicas, através de programas nacionais que eram, até então, escassamente interativos¹⁴.

O modelo médico assistencial privatista desenvolveu-se num contexto de profunda crise econômica, onde se ampliava no país o debate sobre o direito à saúde. Teve início na década de 80, uma redemocratização, evidenciado pelo movimento da Reforma Sanitária, onde os militantes de vários segmentos vislumbravam a ampliação do conceito da saúde e uma reforma jurídica institucional e que mais tarde foram assegurados na Constituição de 1988^{8, 10}.

A criação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) em 1990 fortaleceu e teve um papel relevante na união da academia com o serviço nos diversos níveis do SUS, contando com o apoio de diferentes profissionais com treinamento em epidemiologia atuando em vários níveis do sistema¹⁵. O CENEPI desde então, passou a estimular o processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças junto às instâncias de gestão, desenvolvendo critérios (epidemiológicos, geográficos, populacionais, dentre outros) mais equânimes para distribuição de recursos orçamentários e financeiros e também criando novos instrumentos normativos, indicadores epidemiológicos de avaliação, compartilhando as responsabilidades das ações de vigilância e controle de doenças².

O atual Sistema Único de Saúde incorporou o SNVE definindo em seu texto legal (Lei 8.080/90)¹⁶ a Vigilância Epidemiológica como:

“um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

Em 2003, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ato considerado um avanço para o desenvolvimento do SUS, podendo ser entendido como um primeiro passo para a superação da dicotomia do modelo assistencial vigente, conforme proposto na 11ª Conferência Nacional de Saúde, sinalizando para a construção de modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde².

Ainda neste mesmo ano, o Ministério da Saúde, através do Decreto no 4.726, definiu a estrutura e estabeleceu as funções da recém criada SVS reorganizando a área

de epidemiologia e controle de doenças com a extinção do Centro Nacional de Epidemiologia. A SVS passou a ser responsável por todas as atribuições do CENEPI e dos programas que integravam a extinta Secretaria de Políticas de Saúde⁶, buscando responder ao novo cenário epidemiológico, contemplando os agravos transmissíveis, as doenças endêmicas e reemergentes.

Dando continuidade às ações de descentralização e na tentativa de reorganizar as ações de saúde, em 2006, foi proposto o pacto pela saúde. O pacto formaliza as pactuações entre os três entes federados, com ênfase na atitude dialógica tanto da gestão quanto das prioridades sanitárias. Reforça a territorialização como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e institui os colegiados de gestão regional, com a premissa de cooperação intergovernamental e complementaridade entre as regiões. Reitera também a participação do controle social com o compromisso de qualificá-lo. A formalização é definida através de um termo de compromisso de gestão, que contém as atribuições de cada gestor^{6,17,18}.

Ainda em relação ao arcabouço legal, em 2009 no intuito de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância, foi lançada a Portaria n.º 3.252 de 22 de dezembro de 2009¹⁹ que define as diretrizes para execução e financiamento da Vigilância em Saúde pelos Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa portaria fortalece os entes federados no papel de gestores, como também define e amplia os componentes da Vigilância em Saúde, abrangendo as áreas de: Vigilância Epidemiológica, Promoção da Saúde, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária⁶.

E define a Vigilância Epidemiológica como:

“vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam

o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos”.

Após a instituição do SUS, foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde: 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que são assim denominadas por ser a base legal para a efetivação, organização e funcionamento do sistema, onde a principal ideia era descentralizar as ações e serviços de saúde através da municipalização. Para impulsionar a adesão dos municípios ao SUS, foram sendo editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) que visavam dar sustentabilidade e regulamentação ao processo de descentralização e conseguintes as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) que visavam reorganizar a assistência através de sua principal diretriz: a regionalização. Para tanto foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que objetivava garantir o acesso da população aos serviços de saúde através da organização dos níveis e equipamentos de saúde existentes na região, mediante a pactuação entre os gestores em suas regiões de saúde^{1, 21}. Sendo assim, as Regiões de Saúde são definidas como uma base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras²¹.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – 2006²¹, o Estado de Pernambuco é dividido em três Macrorregiões de Saúde: Recife, Caruaru e Petrolina e essas Macrorregiões são divididas em 11 Regiões de Saúde compostas pelos 184 municípios e um território estadual (Fernando de Noronha).

As unidades técnico-administrativas da Secretaria Estadual de Saúde são denominadas – Gerências Regionais de Saúde – GERES, que têm a missão de coordenar, assessorar, acompanhar, supervisionar, controlar e avaliar a assistência à saúde, garantindo o atendimento à população dos municípios sob sua jurisdição na promoção e assistência à saúde⁵⁵ em cada Região. O Estado, em sua gestão de saúde, passa a ser organizado, a partir de 19/09/2011, por doze GERES e quatro Macrorregiões.

A Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde é formada por cinco diretorias gerais no nível central, sendo elas: Controle, Doenças e Agravos; Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde; Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Laboratório Central de Pernambuco (LACEN-PE) e a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA) que visam subsidiar o desencadeamento das ações da vigilância no Estado. Nas Gerências Regionais de Saúde não existe um organograma definido, sendo as ações descentralizadas e executadas de acordo com a capacidade instalada de cada regional.

Uma das características particularmente necessária na área de vigilância epidemiológica é a participação simultânea e efetiva das três esferas de gestão⁷. Nesse amplo processo de discussão sobre a descentralização, tem sido revisto a “organização do sistema”, principalmente no que concerne à definição de atribuições e funções dos gestores do sistema (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) no sentido de evitar a sobreposição de ações, competição ou omissão, ambas contribuindo para o enfraquecimento do sistema^{7, 14}. E a descentralização, vem sendo entendida como a diretriz indutora para consolidação do SUS, na medida em que favorece a participação social em seu processo decisório, rompendo com a centralização das políticas públicas^{20, 21}.

No entanto, é improvável que um país heterogêneo como o Brasil com a complexidade do sistema de saúde possa oferecer resolubilidade em todos os níveis de assistência. Portanto, no processo de descentralização, duas características imprescindíveis devem estar presentes para formação de uma política equânime: as diferenças loco regionais e a funcionalidade em todos os níveis de atenção na organização do sistema. É nesse sentido que são propostos aos Estados, Municípios e União que busquem variáveis técnico-operacionais, populacionais e territoriais que reflitam a construção de uma estrutura regionalizada e resolutiva dos serviços de saúde que atendam as necessidades de saúde da população adscrita^{20, 21}. E a avaliação tem sido apontada como um instrumento potente neste processo, indispensável para subsidiar a tomada de decisão, proporcionando as informações pertinentes que devem julgar o mérito ou o valor do objeto de estudo com a finalidade de melhorar a qualidade de vida contribuindo para uma sociedade mais saudável^{24, 25, 26}.

1.2 AVALIAÇÃO NA ÁREA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No campo da vigilância epidemiológica, a avaliação tem sido utilizada para avaliar o grau de implantação, a qualidade e a operacionalização no desenvolvimento das ações. Entretanto, esse processo tem sido fragilizado devido ao pouco conhecimento dos profissionais sobre o método avaliativo e de acordo com Carvalho *et al* (2005) à falta de cultura de avaliação por parte dos gestores em conhecer os efeitos e os impactos produzidos pelas avaliações nas políticas e programas²². Estes últimos ganham no processo decisório, pois os estudos avaliativos proporcionam a reflexão sobre sua decisão, identificando as potencialidades e obstáculos da intervenção avaliada²³.

Dentre os trabalhos existentes, destacamos na área da vigilância epidemiológica o trabalho realizado por Carvalho e Marzocchi em 1992, onde as autoras avaliaram o processo de trabalho da vigilância epidemiológica, considerando como fatores potencialmente determinantes do desempenho as atividades de: inserção institucional, atividades de vacinação, aspectos gerenciais e capacitação em serviço em 948 unidades de saúde em 98 municípios brasileiros²⁷.

Na área de desempenho do sistema merece destaque a avaliação do desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) realizado em 2004 por Silva Júnior, apresentando uma revisão conceitual da vigilância, definindo o objeto de atuação atualmente utilizado no país e avaliando o contexto da descentralização das ações para os níveis estaduais e municipais⁷.

Para Champagne e Contandriopoulos (2010)³¹ o desempenho é paradoxal, pois dependendo do modelo utilizado para avaliação serão apresentados resultados que traduzem a verdade legítima ao modelo adotado e ao mesmo tempo também são contraditórios diante das necessidades da organização. No entanto, Viacava *et al* (2004) apud Hurst & Hughes (2001) consensuam que desempenho é definido em relação ao alcance de objetivos e metas das organizações³².

A busca por qualidade é inerente às ações desenvolvidas nos serviços de saúde e também permeia todos os tipos de avaliação. Frias *et al* (2010) apud Donabedian (1990)³³ define os atributos da qualidade e explicita que os mesmos devem estar definidos na avaliação. Portanto, responder à sociedade sobre o desempenho dos serviços de saúde passou a ter importância na medida em que se estabeleceram os atributos de: eficiência, eficácia e efetividade como medidas de êxito das ações de governo²³.

Nessa perspectiva, tem surgido várias tentativas de aplicar a abordagem do desempenho no desenvolvimento das ações de saúde. No Brasil, foi desenvolvida a proposta do PROADESS – Projeto Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – baseado no modelo canadense que propõe quatro grandes dimensões: determinantes de saúde, condições de saúde da população, estrutura do sistema de saúde e por fim o desempenho do sistema que definiriam o ponto de partida para se pensar numa metodologia que respondesse pela avaliação das práticas em saúde a partir de um amplo processo de pactuação, que deveria obrigatoriamente envolver os vários atores da estrutura: gestores, usuários e prestadores. Além disso, propõe a criação de mecanismos de manipulação desses dados, a fim de incorporar o processo de avaliação na rotina do sistema³².

Na literatura são descritos vários modelos de desempenho, onde a maioria dos autores concorda que as conceituações são diferentes, entretanto, complementares. Sicotte (1998) apud (Steers, 1975; Mulford, 1976; Goodman e Pennings, 1977; Cameron e Whetten, 1983; Seashore, 1993; Quinn e Rohrbaugh, 1983; Lewin e Minton, 1986; Quinn, 1988) cita como exemplos, o modelo racional orientado por objetivos, o qual determina até que ponto a organização consegue utilizar seu processo de trabalho ou produção para atingir os objetivos. O modelo das relações humanas integra as partes ou grupos interessados de forma que todos se satisfaçam para a manutenção da organização. O modelo dos sistemas abertos, onde a ênfase é a organização e o ambiente externo, ou seja, aquisição de recursos sejam materiais, humanos, financeiros para o bom desempenho da organização. E ainda o modelo de decisão interna onde são valorizadas a previsibilidade, o controle e a comunicação para o bom desempenho da organização³⁴.

O modelo EGIPSS (*Evaluation Globale et Integée de la Performance des Systemes de Santé – Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde*), desenvolvido por Champagne e Contandriopoulos³¹, inspirado na Teoria de Parsons, propõe unir as várias conceituações do desempenho e as nuances dessas noções foram incorporadas como dimensões em um modelo único, complexo, autônomo, mas com interações interdependentes entre si que mantém o equilíbrio das quatro grandes funções essenciais:

- Adaptação – Como a organização irá adaptar-se ao ambiente (novas tecnologias, políticas) para manutenção e desenvolvimento de suas atividades;
- Alcance de Metas – Diz respeito ao alcance dos principais objetivos da organização.
- Produção – Refere-se às atividades realizadas ou ao processo de trabalho na organização.
- Manutenção de Valores – Está relacionado ao clima organizacional (que diz respeito ao grau de satisfação dos funcionários de uma organização) e a cultura organizacional (é o sistema de valores de uma organização, compartilhado por seus membros em todos os níveis)⁵⁴, ambos inseridos no ambiente organizacional.

As interações por sua vez, são chamadas de “alinhamentos” ou “equilíbrios” e devem existir para manutenção de um bom desempenho do sistema,³¹ chamadas de:

- Equilíbrio estratégico (adaptação – alcance de metas) – se a organização concilia os seus objetivos ao ambiente externo e se esses objetivos irão ser pertinentes ao meio ou se a organização necessitará adaptar-se.

- Equilíbrio tático (alcance de metas – produção) – avalia o desempenho através do alcance de metas e sua relação com o processo de trabalho e como o resultado da produção chega a modificar a escolha das metas da organização;
- Equilíbrio operacional (manutenção de valores – produção) – essa dimensão avalia como o ambiente organizacional irá influenciar o processo de trabalho;
- Equilíbrio contextual (manutenção de valores – adaptação) – essa dimensão refere-se à sobrevivência da organização ao ambiente externo;
- Equilíbrio atributivo (adaptação – produção) – como o meio em que a organização está inserida irá interagir com os resultados do processo de trabalho;
- Equilíbrio de legitimação (manutenção de valores – alcance de metas) – avalia o desempenho através das metas com o ambiente organizacional e como este irá contribuir para o alcance das metas e como um irá influenciar o outro.

O modelo EGIPSS com as dimensões e equilíbrios existentes é ilustrado na Figura 1.

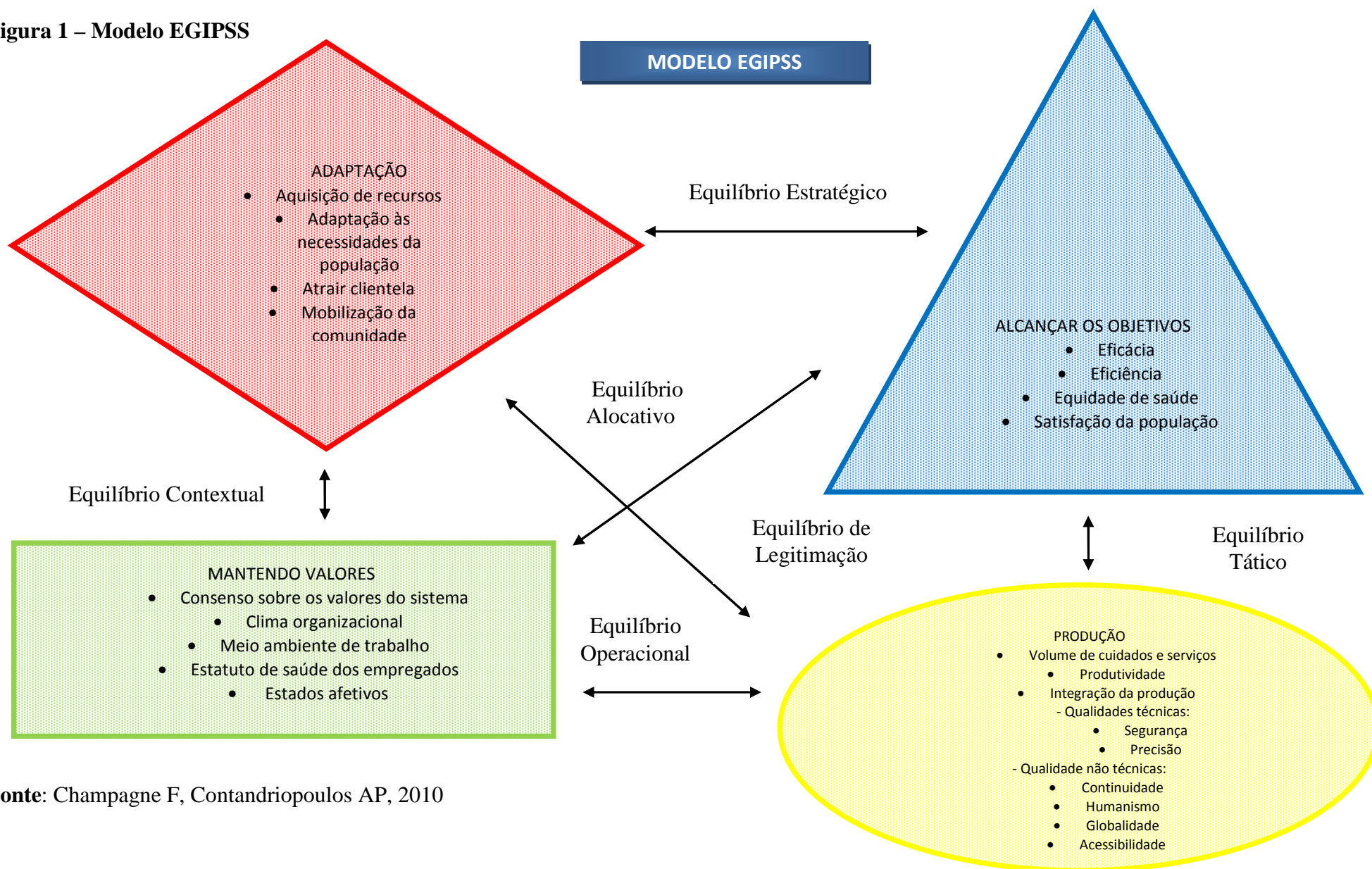
Os serviços de saúde enquanto sistemas, são formados por vários subsistemas de ação, organizados e interdependentes: a estrutura (organizacional, física e simbólica), os atores, os processos e as finalidades. Portanto, para que a avaliação possa ser útil e seu resultado impactante, dependerá de como as escolhas sejam construídas, pautadas no contexto da avaliação.

Diante dos modelos racional, das relações humanas, dos sistemas abertos, de decisão interna e ainda o PROADESS apresentados, no presente estudo foi adotado o modelo EGIPSS pois demonstrou ser o que melhor descreve e avaliará o desempenho de um subsistema como o da vigilância epidemiológica, fornecendo subsídios importantes para a discussão, o planejamento e o desenvolvimento da vigilância na região, além de consolidar a avaliação de desempenho como instrumento para o

fortalecimento da organização, utilizando um modelo que integra diferentes dimensões, ainda pouco aplicado, com a proposta de adaptá-lo para área de vigilância epidemiológica.

No local onde foi desenvolvida a pesquisa, não se tem observado estudos de avaliação de desempenho na área de vigilância epidemiológica especificamente no âmbito de uma regional de saúde. Nesse sentido, esse estudo se propõe a contribuir para um melhor conhecimento das ações da vigilância epidemiológica no âmbito da IX Gerência Regional de Saúde no Estado de Pernambuco.

Figura 1 – Modelo EGIPSS



Fonte: Champagne F, Contandriopoulos AP, 2010

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A descentralização das ações de saúde como premissa para organização do sistema;
- A importância do uso da vigilância epidemiológica nas políticas públicas para explicar a distribuição e ocorrência de doenças e o conseqüente planejamento das ações de saúde.
- O pouco conhecimento do desempenho das ações da vigilância epidemiológica realizadas no âmbito da regional de saúde pelo nível central do Estado;
- A escassez de pesquisas de avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica na área onde este estudo será realizado;
- A necessidade e relevância em testar o modelo EGIPSS para vigilância epidemiológica na área onde o estudo será desenvolvido.

Este estudo justifica-se, pela:

- Contribuição teórica para a compreensão da intervenção, através da construção do modelo lógico da vigilância epidemiológica;
- Necessidade de identificação do processo de trabalho e/ou reorganização das práticas da vigilância epidemiológica;
- Contribuição do modelo EGIPSS por ser considerado um modelo multidimensional, enfatizando quatro funções importantes que deveriam existir na organização garantindo a sua sobrevivência e ainda como instrumento para medir o desempenho do subsistema de vigilância epidemiológica;

- Necessidade de comunicar ao nível central do Estado e outras instâncias gestoras o desempenho da vigilância epidemiológica obtido na IX Gerência Regional de Saúde;

Nesse sentido, o presente estudo pretende responder a seguinte questão: Qual o desempenho das ações do subsistema de vigilância epidemiológica na IX Regional de Saúde no Estado de Pernambuco?

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Avaliar o desempenho do subsistema de vigilância epidemiológica no ano de 2011 na IX Gerência Regional de Saúde – IX GERES no Estado de Pernambuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar a adaptação das políticas e tecnologias da vigilância epidemiológica ao sistema de saúde;
- Verificar o alcance das metas através de indicadores da vigilância epidemiológica;
- Verificar o processo de trabalho através da produtividade e qualidade com que são desenvolvidas as ações da vigilância epidemiológica;
- Analisar os valores e suposições básicas que dão sentido ao ambiente de trabalho da vigilância epidemiológica;
- Analisar as relações entre os indicadores que obtiverem os menores valores obtidos entre as funções adaptação, alcance de metas, produção e Manutenção de valores.

IV. MÉTODO

4.1 ÁREA DO ESTUDO

O universo do estudo compreendeu a IX Regional de Saúde, selecionada de forma intencional por ser uma das regiões mais distantes da capital – Recife, por apresentar peculiaridades como carência de Instituições de Ensino Superior, dificultando a formação e qualificação profissional, equipamentos de saúde que contribuam para o fortalecimento da vigilância e ainda a inexistência de uma política que estimule a fixação do profissional no interior do Estado limitando o desempenho do trabalho da GERES nessa região³⁸.

Composta por 11 municípios, sendo eles: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (Sede da Regional), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade, localizados no sertão do Araripe (Figura 2). Abrange uma área de 12.020,30 Km². A população total do território é de 327.866 habitantes⁵⁶, dos quais 142.520 vivem na área rural, o que corresponde a 46,32% do total^{35,38}.

Figura 2 – Divisão político-administrativa do Estado de Pernambuco, 2011.



Fonte: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/mapa-2012.jpg>

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo avaliativo, transversal de abordagem quantitativa utilizando o modelo EGIPSS de desempenho adaptado para vigilância epidemiológica através da construção de um modelo integrador, considerando as funções de adaptação, alcance de metas, produção e manutenção de valores.

4.3 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo compreenderá o período de março de 2012 a setembro de 2013.

4.4 ETAPAS DO ESTUDO

4.4.1 ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO

O primeiro momento do estudo correspondeu à construção do modelo lógico ou teórico explicitando como funciona o subsistema de vigilância epidemiológica por meio da análise de documentos oficiais e portarias (Quadro 1).^{16,39,40, 41,42, 43,44} e a experiência de quatro técnicos da vigilância como informantes chaves. A partir desse material foram identificados para o subsistema de vigilância epidemiológica os componentes: fortalecimento da capacidade institucional e desenvolvimento das ações da vigilância epidemiológica. E as dimensões: componentes, subcomponentes, estrutura, atividades, produtos, resultados, resultado final e impacto. O modelo lógico encontra-se representado na Figura 3.

Quadro 1 – Descrição das Portarias/Instruções Normativas utilizadas para construção do Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica

Portaria/Instrução Normativa	Descrição
Portaria n.º 1.399 de 15 de dezembro de 1999	Regulamenta a NOB SUS 01/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.
Portaria n.º 20 de 03 de outubro de 2003	Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e SINASC.
Portaria n.º 1.172 de 15 de junho de 2004	Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.
Instrução Normativa n.º 01 de 19 de agosto de 2004	Regulamenta a Portaria GM/MS n.º 1.172/04, no que se refere às ações de gestão dos imunobiológicos providos pela Secretaria de Vigilância em Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para fins de controle de doenças imunopreveníveis.
Instrução Normativa n.º 02 de 22 de novembro de 2005	Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
Portaria n.º 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.
Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde v.13	Trata das diretrizes gerais e estratégicas da Vigilância em Saúde e aborda questões relativas ao enfrentamento das Emergências em Saúde Pública.

Fonte: Elaboração própria

Figura 3 – Modelo Lógico proposto para Vigilância Epidemiológica na IX Regional de Saúde – IX GERES, PE.

Componentes	Subcomponente	Estrutura	Atividades	Produto	Resultados	Resultado Final
Fortalecimento da Capacidade Institucional	Gestão Financeira	Recursos Humanos, Estrutura Física, Recursos Materiais, Estrutura Administrativa, Estrutura Operacional.	Acompanhamento do repasse financeiro da Vigilância Epidemiológica pelo Nível Central.	Repasse financeiro da Vigilância Epidemiológica realizado pelo Nível Central.	<ul style="list-style-type: none"> Fornecimento de subsídios financeiros para execução das atividades da Vigilância Epidemiológica. 	Conhecer, detectar e/ou prevenir em tempo oportuno as mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.
	Gestão de Pessoas		<p>Adequação da equipe da Vigilância Epidemiológica quanto à qualificação e responsabilidades e em quantitativo suficiente para prestação dos serviços.</p> <p>Elaboração de documento interno descrevendo as responsabilidades de cada profissional, fluxo das ações e relações da Vigilância Epidemiológica entre os setores da Regional.</p>	<p>Equipe de Vigilância Epidemiológica qualificada, em número suficiente e com responsabilidades definidas.</p> <p>Documento descrevendo as responsabilidades, fluxo das ações e relações intersetoriais elaborado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais qualificados de acordo com a necessidade do serviço. Melhoria do desempenho dos profissionais na execução das ações. Profissionais em número suficiente para desenvolvimento das ações. 	
	Gestão de Equipamentos e Insumos		<p>Gerenciamento dos veículos e equipamentos existentes quanto à quantidade, manutenção e o tipo de atividade executada.</p> <p>Recebimento, armazenamento e distribuição dos insumos das principais doenças e agravos de interesse da Vigilância Epidemiológica.</p>	<p>Realizado gerenciamento dos veículos e equipamentos quanto à quantidade, manutenção e atividade.</p> <p>Insumos recebidos, armazenados e distribuídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Otimização dos recursos existentes. Otimização no uso, armazenamento e distribuição de insumos pela regional. Promoção de condições favoráveis para execução das ações de Vigilância Epidemiológica. 	
	Assessoria Técnica aos municípios		<p>Apoio aos municípios na execução e supervisão das ações da Vigilância Epidemiológica.</p> <p>Fortalecimento da Vigilância Epidemiologia nos serviços através da elaboração de planos e uso das informações para auxílio na tomada de decisão pelos municípios.</p> <p>Realização de reuniões periódicas para monitoramento das atividades de Vigilância Epidemiológica na GERES.</p> <p>Assessoramento aos municípios nas emergências de saúde pública.</p>	<p>Apoio e supervisão aos municípios realizados nas ações da Vigilância Epidemiológica.</p> <p>Planos elaborados através das informações fornecidas, contribuindo para o fortalecimento da vigilância epidemiológica.</p> <p>Reuniões de monitoramento realizadas na GERES.</p> <p>Assessoramento nas emergências em saúde pública realizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da capacidade municipal no desenvolvimento das ações da vigilância epidemiológica. Melhoria do uso e da qualidade da informação. Melhoria no desempenho da vigilância epidemiológica no âmbito da regional. 	

	Clima Organizacional	Definição da formação e qualificação profissional exigidas nas atividades inerentes ao desenvolvimento da vigilância e utilização dos resultados de desempenho para alocação profissional.	Profissionais qualificados, definição das atividades que serão desenvolvidas na vigilância e alocados de acordo com o desempenho obtido.	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção dos valores e normas que darão sentido e coesão à organização. 	
	Cultura Organizacional	Autonomia, reconhecimento, valorização e participação dos funcionários em todas as atividades desenvolvidas pela organização.	Funcionários valorizados e participativos na execução das atividades.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da comunicação entre a Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. • Melhor entendimento das ações desempenhadas por cada componente. • Aumento do campo de atuação e a efetividade das ações da Vigilância Epidemiológica. 	
	Ações Intersetoriais internos e externos	<p>Integração do planejamento, monitoramento e avaliação entre a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Ambiental e Atenção à Saúde.</p> <p>Realização de reuniões das áreas técnicas com discussão dos principais problemas de saúde da regional e entraves para operacionalização da integração.</p> <p>Cooperação e intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual e municipal articulando ações de capacitações e educação permanente.</p>	<p>Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Atenção à Saúde articulada nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação.</p> <p>Reuniões técnicas realizadas.</p> <p>Intercâmbio técnico-científico realizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento adequado das atividades da Vigilância Epidemiológica pela Regional. *Melhoria da capacidade de análises dos sistemas de informação pelos municípios subsidiando a tomada de decisões com base nos indicadores epidemiológicos. 	
Desenvolvimento das ações da Vigilância Epidemiológica	Notificação	<p>Consolidação e análise das notificações das doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, provenientes dos municípios.</p> <p>Sensibilização dos profissionais responsáveis pelas notificações para detecção em tempo oportuno dos eventos relevantes e agravos inusitados, contribuindo para agilidade no fluxo da informação em casos de emergências de saúde pública.</p>	<p>Doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados consolidados e analisados.</p> <p>Notificações de eventos e agravos realizados em tempo oportuno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento adequado das atividades da Vigilância Epidemiológica pela Regional. *Melhoria da capacidade de análises dos sistemas de informação pelos municípios subsidiando a tomada de decisões com base nos indicadores epidemiológicos. 	

	Investigação	Apoio aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos e realização de Inquéritos entomológicos das principais endemias.	Municípios com casos notificados e investigados de surtos, óbitos e inquéritos entomológicos realizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade das informações. • Contribuição para tomada de decisão em tempo oportuno. • Divulgação da situação de saúde da região. 	
	Apoio Laboratorial	Recebimento, armazenamento, transporte e/ou processamento das amostras laboratoriais provenientes dos municípios das doenças relevantes para saúde pública.	Amostras recebidas, armazenadas, transportadas e/ou processadas.		
	Processamento dos dados	Consolidação dos bancos dos principais Sistemas de Informação proveniente dos municípios de sua abrangência, monitorando a regularidade e integridade dos dados, estabelecendo os fluxos e prazos para recebimento e envio à SES.	Banco de informações proveniente dos municípios monitorados quanto à regularidade, envio e integridade dos dados.		
	Monitoramento e Avaliação	Incorporação nos municípios da rotina de monitoramento e avaliação dos principais Sistemas de informação, doenças e agravos da Vigilância Epidemiológica.	Incorporação nos municípios da rotina de monitoramento e avaliação dos sistemas de informação no serviço.		
	Divulgação das Informações	Monitoramento das Metas da Vigilância Epidemiológica pactuadas.	Metas da Vigilância Epidemiológica executadas.		
		Divulgação das informações através de informes/boletins epidemiológicos.	Informes epidemiológicos elaborados e divulgados.		

Impacto

Conhecer os principais riscos e fatores de risco que acometem o seu território a fim de recomendar ações setoriais e intersetoriais que proporcionem melhores condições de vida à saúde da população.

4.4.2 ELABORAÇÃO DO MODELO INTEGRADOR DO DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A segunda etapa compreendeu a construção do modelo integrador do desempenho da vigilância epidemiológica.

Para a eleição dos indicadores de desempenho da vigilância epidemiológica foram utilizadas condições marcadoras ou traçadoras e eventos sentinelas na tentativa de extrair o máximo de informações com o menor número de dados possíveis⁴⁵. Kessner, Kalk e Singer⁴⁶, como precursores do uso da condição marcadora ou traçadora, propuseram que é possível medir a qualidade do sistema a partir de um conjunto de problemas ou condições de saúde bem definidos. Portanto, para que a mesma seja eleita deverá apresentar prevalência, efetividade comprovada, impacto funcional real, ser bem definida, de fácil diagnóstico e de ampla aceitação^{45, 47}. Sendo elencadas como condições marcadoras ou traçadoras para o presente estudo: Tuberculose, Hanseníase, Vacina Tetravalente (preditora das coberturas para as demais vacinas no 1.º ano de vida) e Violência doméstica, sexual e outras violências.

Por sua vez, o evento sentinela definido por Rutstein *et al.*,⁴⁸ é a ocorrência da doença, invalidez ou morte evitável por conter tecnologia médica suficiente para evitá-la. Na investigação de um evento sentinela, deve-se detalhar todo o processo que culminou com a ocorrência, na tentativa de detectar seus determinantes e até possíveis falhas na tentativa de corrigi-las⁴⁵. Sendo escolhidos para o estudo: Óbitos por acidentes de transporte terrestre, óbitos fetais, infantis e maternos.

Os indicadores foram escolhidos levando em consideração a operacionalidade, simplicidade, confiabilidade e realidade dos mesmos. O Quadro 2 apresenta os indicadores, agregando-os por função no modelo integrador e a fonte utilizada para eleição dos mesmos.

Quadro 2 – Descrição dos indicadores e fonte utilizados no modelo integrador da Vigilância Epidemiológica na IX GERES-PE.

Função no modelo integrador	Indicador	Fonte
Adaptação	Existência de Comitê ou Grupo Técnico de Estudos de Mortalidade Materna em funcionamento.	Monitoramento do desempenho da gestão da Vigilância em Saúde/SES-PE ⁴⁹
	% de execução dos recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde – TFVS no ano avaliado.	
	N.º de Boletins/Informes epidemiológicos produzidos e encaminhados aos municípios/sociedade civil/imprensa.	
	N.º de eventos científicos que incluam experiências em Vigilância Epidemiológica fomentado pela GERES.	*
	Existência de projetos intersetoriais internos e/ou externos com a participação da Vigilância Epidemiológica.	PAVS ⁷³
	Existência de Câmara Técnica da Vigilância em Saúde em funcionamento na Comissão Intergestores Regional – CIR.	
	N.º de profissionais existentes na Vigilância Epidemiológica (trabalho interno).	Protocolo de elaboração do processo de certificação à gestão da ECD ⁶⁶
	N.º de veículos existentes.	
	N.º de computadores existentes e pontos de internet integrados.	
	N.º de impressoras existentes.	
	N.º de ramais existentes.	
N.º de salas existentes.		
Alcance de Metas	% de Doenças de Notificação Compulsória – DNC com encerramento oportuno.	Monitoramento do desempenho da gestão da Vigilância em Saúde/SES-PE ⁴⁹
	% de casos detectados de Hanseníase em relação aos esperados.	
	% de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da coorte.	
	N.º de casos de sífilis congênita notificados.	
	% de casos de Tuberculose curados.	PFAP ¹⁰⁰
	Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.	Pacto pela Saúde ¹³⁴
	% de casos de Tuberculose com encerramento informado.	PAVS ⁷³
	Cobertura vacinal da Tetravalente (DPT + Hib) em crianças menores de 1 ano.	
	% dos óbitos fetais investigados no módulo web do sistema.	
	% dos óbitos menor de 1 ano investigados no módulo web do sistema.	
	% dos óbitos maternos investigados no módulo web do sistema.	
	% de municípios que possuem Postos de Informação de Triatomíneo – PIT's.	

Produção	Cobertura do SIM.	Monitoramento do desempenho da gestão da Vigilância em Saúde/SES-PE ⁴⁹
	Cobertura do SINASC.	
	% de óbitos com causa básica definida.	
	N.º de reuniões integradas da Vigilância Epidemiológica com Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Ambiental da regional.	
	N.º de Reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR com pauta da Vigilância Epidemiológica.	
	% de municípios que notificaram no SINAN caso de violência doméstica, sexual e outras violências.	
	N.º de reuniões técnicas da Vigilância epidemiológica realizadas com os municípios da regional.	*
	N.º de supervisões realizadas nos municípios da regional.	
	N.º de atividades laboratoriais desenvolvidas para apoio diagnóstico na Regional dos principais agravos da vigilância epidemiológica.	
	Índice de Infestação Predial – IPP.	PAVS ⁷³
% dos casos graves e óbitos suspeitos por Dengue investigados.		
N.º de municípios com envio regular do SIM.		
Manutenção de Valores	Incentivo aos funcionários na participação de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupa.	OPAS/CDC ⁵⁰
	Definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada profissional da Vigilância Epidemiológica.	
	Realização de avaliações de desempenho com os profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica.	
	Relacionamento com a equipe de trabalho oportunizando a criação de novos vínculos.	
	Ambiente de trabalho favorável à execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.	
	Capacidade de sobrevivência da organização.	
	Estimulação à acessão de cargos.	Pluye, Potvin e Denis ⁵¹ ; Pluye, Potvin, Denis, Pelletier, Mannoni ⁵² ; Rivera ⁵³ e Schein ⁵⁴
	Disponibilidade de meios (insumos, equipamentos e transportes) adequados para execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.	
	Autonomia profissional.	
	Comunicação transparente e compartilhada.	
Protocolos descrevendo por função as atividades desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica.		
Satisfação pessoal e profissional no exercício das atividades da Vigilância Epidemiológica.		

Fonte: Elaboração própria

*Em relação aos (5) indicadores propostos, os mesmos foram incluídos por serem consensuados pelos técnicos da vigilância epidemiológica como atividades importantes e relevantes realizadas pela regional.

Isso posto, partiu-se para a construção do modelo integrador.

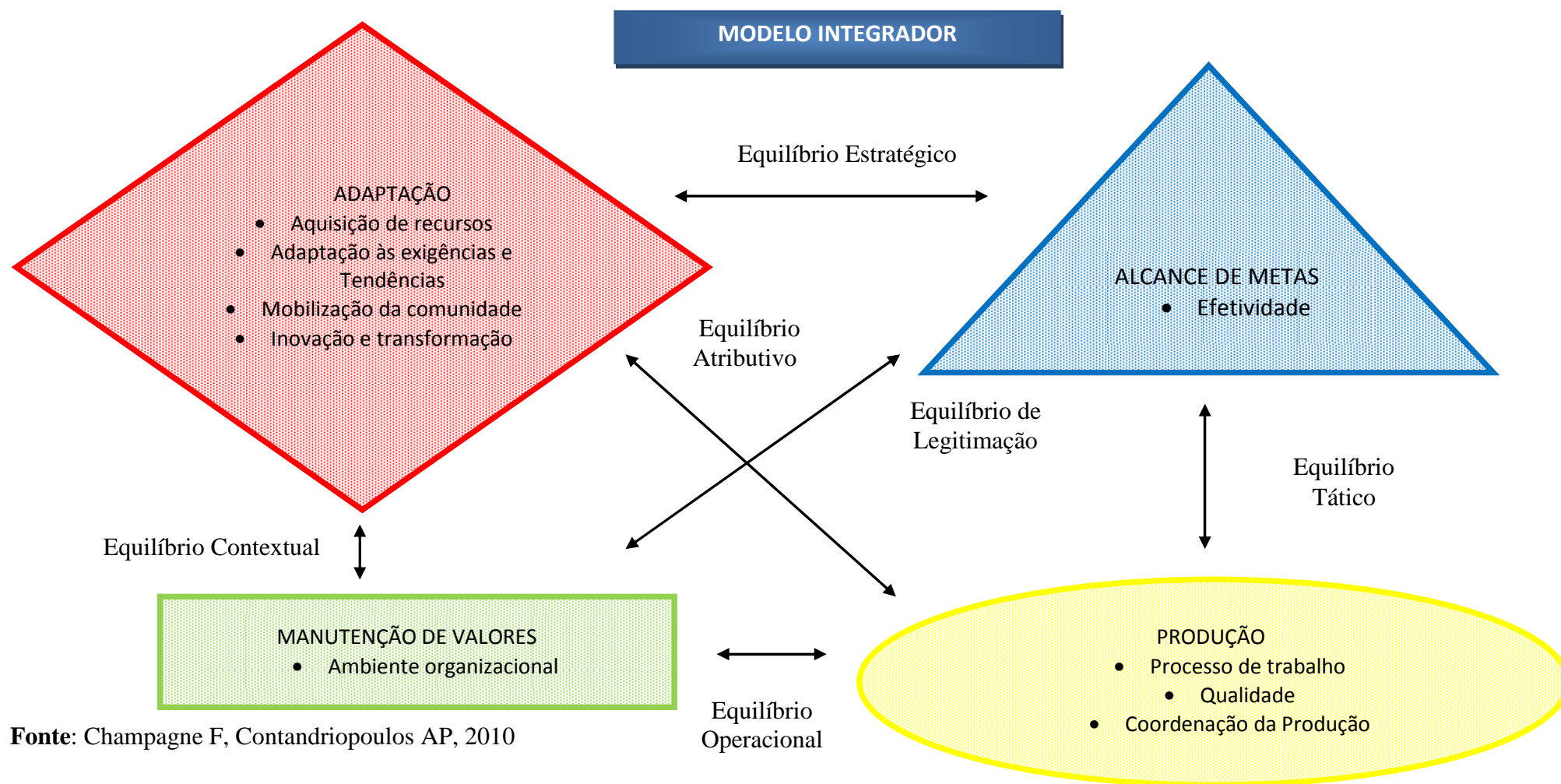
O modelo integrador foi construído envolvendo especialistas da área de avaliação e da vigilância em saúde, profissionais técnicos da regional e ainda considerando a experiência da pesquisadora principal. Foram elencados os critérios do modelo integrador do desempenho da vigilância epidemiológica a partir dos subcomponentes do modelo lógico. Com a alocação dos critérios foram propostos os indicadores, estes foram definidos a partir das atividades ou conjunto de atividades do modelo lógico e posto primeiramente onde melhor representasse na função do desempenho do modelo EGIPSS. Em seguida, na tentativa de extrair o que cada indicador melhor representasse nas dimensões do modelo integrador e se as dimensões existentes contemplariam esse indicador, foram revistas as definições de cada dimensão, conforme o modelo original e propostas outras que melhor descrevessem o indicador. Nessa perspectiva, foram propostas duas novas dimensões: efetividade e processo de trabalho nas funções alcance de metas e produção, respectivamente. Após o acréscimo das dimensões e agregando-as por função, as dimensões elencadas foram as seguintes:

- Adaptação – Inovação e Transformação, Adaptação às exigências e tendências, Aquisição de Recursos e Mobilização da comunidade;
- Alcance de Metas – Efetividade;
- Produção – Qualidade, Coordenação da Produção e Processo de Trabalho;
- Manutenção de valores – ambiente organizacional.

A Figura 4 apresenta o Modelo Integrador do Desempenho, baseado no modelo EGIPSS, em sua representação gráfica adaptado para a vigilância epidemiológica com suas funções e respectivas dimensões e os equilíbrios existentes entre as funções.

Nas Figuras 5 a 8 apresentamos o Modelo Integrador do Desempenho contendo as funções, dimensões, critérios e indicadores da vigilância epidemiológica na IX GERES.

Figura 4 – Modelo Integrador do Desempenho, baseado no modelo EGIPSS, adaptado para a Vigilância Epidemiológica na IX GERES, PE.



**Figura 5 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica.
Função Adaptação. IX GERES, PE.**

Função	Dimensão	Critério	Indicador
Adaptação	Inovação e Transformação	Gestão de Pessoas	Número de eventos científicos que incluam experiências em Vigilância Epidemiológica fomentado pela GERES.
	Adaptação às exigências e tendências	Ações intersetoriais internas e externas	Existência de Câmara Técnica da Vigilância em Saúde em funcionamento na Comissão Intergestores Regional – CIR.
			Existência de projetos intersetoriais internos e/ou externos com a participação da Vigilância Epidemiológica.
			Existência de Comitê ou Grupo Técnico de Estudos de Mortalidade Materna em funcionamento.
	Aquisição de recursos	Gestão Financeira	% de execução dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS no ano avaliado.
		Gestão de Pessoas	N.º de profissionais existentes na Vigilância Epidemiológica.
		Gestão de Equipamentos e Insumos	N.º de veículos existentes.
			N.º de computadores existentes e pontos de internet integrados.
	N.º de impressoras existentes.		
	N.º de ramais existentes.		
		N.º de salas existentes	
Mobilização da Comunidade	Divulgação das Informações	N.º de Boletins/Informes epidemiológicos produzidos e encaminhados aos municípios/sociedade civil/imprensa.	

**Figura 6 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica.
Função Alcance de Metas. IX GERES, PE.**

Função	Dimensão	Critério	Indicador
Alcance de Metas	Efetividade	Monitoramento e Avaliação	% de casos de Tuberculose com encerramento informado.
			% dos casos de Tuberculose curados.
			% de casos detectados de Hanseníase em relação aos esperados.
			% de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da coorte.
			Cobertura vacinal da Tetravalente (DPT + Hib) em crianças menores de 1 ano.
			Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.
			% dos óbitos fetais investigados no módulo web do sistema.
			% dos óbitos menor de 1 ano investigados no módulo web do sistema.
			% dos óbitos maternos investigados no módulo web do sistema.
			% de municípios que possuem Postos de Informação de Triatomíneo – PIT's.
			N.º de casos de sífilis congênita notificados.
			% de Doenças de Notificação Compulsória – DNC com encerramento oportuno.

**Figura 7 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica.
Função Produção. IX GERES, PE.**

Função	Dimensão	Critério	Indicador
Produção	Qualidade	Assessoria Técnica aos municípios	N.º de reuniões técnicas da Vigilância epidemiológica realizadas com os municípios da regional. N.º de supervisões realizadas nos município da regional.
		Processamento dos dados	Cobertura do SIM. Cobertura do SINASC. % de óbitos com causa básica definida. Índice de Infestação Predial – IPP.
	Coordenação da Produção	Ações Intersetoriais	N.º de Reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR com pauta da Vigilância Epidemiológica. N.º de reuniões integradas da Vigilância Epidemiológica com Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Ambiental.
	Processo de Trabalho	Notificação	% de municípios que notificaram no SINAN casos de violência doméstica, sexual e outras violências.
		Investigação	% de casos graves e óbitos suspeitos por Dengue investigados.
		Apoio Laboratorial	N.º de atividades laboratoriais desenvolvidas para apoio diagnóstico na Regional dos principais agravos da vigilância epidemiológica.
		Processamento dos dados	N.º de municípios com envio regular do SIM.

**Figura 8 – Modelo Integrador do Desempenho da Vigilância Epidemiológica.
Função Manutenção de Valores. IX GERES, PE.**

Função	Dimensão	Critério	Indicador
Manutenção dos Valores	Ambiente Organizacional	Clima Organizacional	Incentivo aos funcionários na participação de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupa.
			Definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada profissional da Vigilância Epidemiológica.
			Realização de avaliações de desempenho com os profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica.
			Relacionamento com a equipe de trabalho oportunizando a criação de novos vínculos.
			Ambiente de trabalho favorável à execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.
			Capacidade de sobrevivência da organização.
	Ambiente Organizacional	Cultura Organizacional	Estimulação à acessão de cargos.
			Disponibilidade de meios (insumos, equipamentos e transportes) adequados para execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.
			Autonomia profissional.
			Comunicação transparente e compartilhada.
			Protocolos descrevendo por função as atividades desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica.
			Satisfação pessoal e profissional no exercício das atividades da Vigilância Epidemiológica.

4.4.3 ELABORAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO

Para a elaboração da matriz de análise e julgamento foram incluídas as dimensões, parâmetro, fonte de verificação e pontuação esperada. A pontuação máxima esperada por indicador foram os valores 2 (dois) ou 3 (três), definidos de acordo com a relevância do indicador. Os indicadores foram agregados por função do modelo integrador, onde cada função obteve a pontuação máxima de 25 pontos, totalizando 100 pontos. Para cada função (adaptação, alcance de metas, produção e manutenção de valores) foram elencados 12 indicadores. Os parâmetros utilizados, ora foram definidos por haver consenso na literatura, outros através de análise documental e ainda outros por consenso de técnicos.

A Figura 9 apresenta a Matriz de Análise e Julgamento.

Figura 9 – Matriz de Análise e Julgamento da Vigilância Epidemiológica na IX GERES, PE.

Função	Dimensão	Critério	Indicador	Parâmetro	Fonte de Verificação	Pontuação Esperada
Adaptação	Inovação e Transformação	Gestão de Pessoas	Número de eventos científicos que incluíam experiências em Vigilância Epidemiológica fomentado pela GERES.	1 Evento anual	Questionário	Sim = 1 ou mais eventos = 2 Não = 0
	Adaptação às exigências e tendências	Ações intersetoriais internas e externas	Existência de Câmara Técnica da Vigilância em Saúde em funcionamento na Comissão Intergestores Regional – CIR.	Sim, Funcionando	Questionário/ Ata das reuniões	Sim = 2 Não = 0
			Existência de projetos intersetoriais internos e/ou externos com a participação da Vigilância Epidemiológica.	1 Projeto	Questionário	Sim = 1 ou mais projetos = 2 Não = 0
			Existência de Comitê ou Grupo Técnico de Estudos de Mortalidade Materna em funcionamento.	Sim, Funcionando	Questionário/ Ata das reuniões	Sim = 2 Não = 0
	Aquisição de recursos	Gestão Financeira	% de execução dos recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde – TFVS no ano avaliado.	> = 80%	Questionário	≥ 80% = 2 ≥ 51% a 79% = 1 ≤ 50% = 0
		Gestão de Pessoas	N.º de profissionais existentes na Vigilância Epidemiológica (Trabalho interno)	20 funcionários	Questionário	≥ 20 = 3 ≤ 19 a 15 = 2 ≤ 14 a 6 = 1 ≤ 5 = 0
		Gestão de Equipamentos e Insumos	N.º de veículos existentes.	4	Questionário	≥ 4 = 2 ≤ 3 a 2 = 1 ≤ 1 = 0
			N.º de computadores existentes e pontos de internet integrados.	5	Questionário	≥ 5 = 2 ≤ 4 a 3 = 1 ≤ 2 = 0
			N.º de impressoras existentes.	3	Questionário	≥ 3 = 2 2 = 1 1 = 0
			N.º de ramais existentes.	3	Questionário	≥ 5 = 2 ≤ 4 a 3 = 1 ≤ 2 = 0
	N.º de salas existentes	3	Questionário	≥ 3 = 2 2 = 1 1 = 0		
	Mobilização da Comunidade	Divulgação das informações	N.º de Boletins/Informes epidemiológicos produzidos e encaminhados aos municípios/sociedade civil/imprensa.	2 ano	Questionário	≥ 2 = 2 1 = 1 0 = 0

Função	Dimensão	Critério	Indicador	Parâmetro	Fonte de Verificação	Pontuação Esperada
Alcance de Metas	Efetividade	Monitoramento e Avaliação	% de casos de Tuberculose com encerramento informado.	90%	SINAN	≥ 90% = 2 ≤ 89 % a 50% = 1 ≤ 49% = 0
			% de casos de Tuberculose curados.	75%	SINAN	≥ 75% = 2 ≤ 74 % a 54% = 1 ≤ 53% = 0
			% de casos detectados de Hanseníase em relação aos esperados.	≥ 90%	SINAN	≥ 90% = 2 ≤ 89 % a 50% = 1 ≤ 49% = 0
			% de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da coorte.	≥ 85%	SINAN	≥ 85% = 2 ≤ 84 % a 54% = 1 ≤ 53% = 0
			Cobertura vacinal da Tetravalente (DPT + Hib) em crianças menores de 1 ano.	95%	SIAPI	≥ 95% = 2 ≤ 94 % a 90% = 1 ≤ 89% = 0
			Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.	20 por 100.000 hab.	SIM	≥ 20 = 0 ≤ 19 a 10 = 1 ≤ 9 = 3
			% dos óbitos fetais investigados no módulo web do sistema.	30%	SIM WEB	≥ 30% = 2 ≤ 29% a 19% = 1 ≤ 18% = 0
			% dos óbitos menor de 1ano investigados no módulo web do sistema.	100%	SIM WEB	100% = 2 ≤ 99 % a 50% = 1 ≤ 49% = 0
			% dos óbitos maternos investigados no módulo web do sistema.	100%	SIM WEB	100% = 2 ≤ 99 % a 50% = 1 ≤ 49% = 0
			% de municípios que possuem Postos de Informação de Triatomíneo – PIT's.	50%	Questionário	≥ 50% = 2 ≤ 49% a 29% = 1 ≤ 28% = 0
			N.º de casos de sífilis congênita notificados.	44	SINAN	44 = 2 ≤ 43 % a 15 = 1 ≤ 14 = 0
			% de Doenças de Notificação Compulsória – DNC com encerramento oportuno.	80%	SINAN	≥ 80% = 2 ≤ 79 % a 60% = 1 ≤ 59% = 0

Função	Dimensão	Critério	Indicador	Parâmetro	Fonte de Verificação	Pontuação Esperada
Produção	Qualidade	Assessoria Técnica aos municípios	N.º de reuniões técnicas da Vigilância epidemiológica realizadas com os municípios da regional.	1 a cada 2 meses	Questionário	≥ 6 = 2 ≤ 3 a 5 = 1 ≤ 1 = 0
			N.º de supervisões realizadas nos município da regional.	1 a cada 3 meses	Questionário	≥ 4 = 2 ≤ 3 a 1 = 1 0 = 0
		Processamento dos dados	Cobertura do SIM.	90%	SIM	≥ 90% = 2 ≤ 89 % a 60% = 1 ≤ 59% = 0
			Cobertura do SINASC.	95%	SINASC	≥ 95% = 2 ≤ 94% a 75% = 1 ≤ 74% = 0
			% de óbitos com causa básica definida.	95%	SIM	≥ 95% = 2 ≤ 94 % a 80% = 1 ≤ 79% = 0
			Índice de Infestação Predial – IPP.	< 1%	SISFAD	≤ 1% = 2 ≥ 1,1% a 3,9% = 1 ≥ 4% = 0
	Coordenação da Produção	Ações intersetoriais	N.º de Reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR com pauta da Vigilância Epidemiológica.	1 a cada 3 meses	Questionário	≥ 4 = 2 ≤ 3 a 2 = 1 ≤ 1 = 0
			N.º de reuniões integradas da Vigilância Epidemiológica com Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Ambiental.	1 vez por mês	Questionário	≥ 12 = 2 ≤ 11 a 5 = 1 ≤ 4 = 0
	Processo de Trabalho	Notificação	% de municípios que notificaram no SINAN casos de violência doméstica, sexual e outras violências.	50% dos municípios notificando	SINAN	≥ 50% = 3 ≤ 49% a 39% = 2 ≤ 38% a 28% = 1 ≤ 27% = 0
		Investigação	% de casos graves e óbitos suspeitos por Dengue investigados.	100%	Questionário	100% = 2 ≤ 99% a 50% = 1 ≤ 49% = 0
		Apoio Laboratorial	N.º de atividades laboratoriais desenvolvidas para apoio diagnóstico na Regional dos principais agravos da vigilância epidemiológica.	5	Questionário	≥ 5 = 2 ≤ 4 a 3 = 1 < 2 = 0
		Processamento dos dados	N.º de municípios com envio regular do SIM.	11	SIM	11 = 2 ≥ 8 a 10 = 1 < 7 = 0

Função	Dimensão	Critério	Indicador	Parâmetro	Fonte de Verificação	Pontuação Esperada
Manutenção de Valores	Ambiente Organizacional	Clima Organizacional	Incentivo aos funcionários na participação de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupa.	Sempre	Questionário	Nunca = 0 Algumas vezes = 1 Sempre = 2
			Definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada profissional da Vigilância Epidemiológica.	Sempre	Questionário	
			Realização de avaliações de desempenho com os profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica.	Sempre	Questionário	
			Relacionamento com a equipe de trabalho oportunizando a criação de novos vínculos.	Sempre	Questionário	
			Ambiente de trabalho favorável à execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.	Sempre	Questionário	
			Capacidade de sobrevivência da organização.	Sempre	Questionário	
	Ambiente Organizacional	Cultura Organizacional	Estimulação à acessão de cargos.	Sempre	Questionário	Nunca = 0 Algumas vezes = 1 Sempre = 2
			Disponibilidade de meios (insumos, equipamentos e transportes) adequados para execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.	Sempre	Questionário	
			Autonomia profissional.	Sempre	Questionário	
			Comunicação transparente e compartilhada.	Sempre	Questionário	
			Protocolos descrevendo por função as atividades desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica.	Sempre	Questionário	
			Satisfação pessoal e profissional no exercício das atividades da Vigilância Epidemiológica.	Sempre	Questionário	

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, a primeira através de dados secundários dos principais sistemas de informação da vigilância epidemiológica e a observação *in loco* (Apêndice A) e a segunda etapa a partir de entrevistas com aplicação de um questionário estruturado para análise da manutenção de valores e alguns indicadores das funções adaptação (10), alcance de metas (1) e produção (2) (Apêndice B).

A amostra para entrevista foi intencional, constituída dos coordenadores técnicos, considerados informantes-chaves que trabalham na vigilância epidemiológica da IX Gerência Regional de Saúde. Foram aplicados quatro questionários aos coordenadores de: Vigilância Epidemiológica (01) Endemias (01), Programa Nacional de Imunização – PNI (01) e LACEN (01).

Foi realizado a verificação dos principais bancos de dados da Vigilância Epidemiológica (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN; Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização – SISAPI; Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue – SISFAD) para cálculo de alguns indicadores e a observação *in loco* da infra-estrutura.

Os instrumentos para a coleta de dados foram elaborados a partir dos indicadores elencados na matriz de análise e julgamento.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados com a utilização do aplicativo Microsoft Word® versão 2007.

Na análise foram incluídos todos os quatro questionários pois não houve recusa por parte dos técnicos.

A análise dos dados foi realizada a partir dos valores obtidos na matriz de análise e julgamento.

Foram analisadas as relações que obtiveram os menores valores entre as funções adaptação, alcance de metas, produção e manutenção de valores, confrontando-se os resultados obtidos nos indicadores dentro de cada dimensão com vistas à obtenção dos aspectos explicativos ao(s) equilíbrio(s).

4.7 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Utilizando as quatro funções do modelo EGIPSS, foi calculado o IR – Índice Relativo para as funções e para as dimensões. A partir do resultado do valor absoluto obtido por função, foi calculado o IR, que significa quanto o valor absoluto representa na nota final do desempenho. O IR para dimensão é calculado utilizando a seguinte expressão matemática:

$$\text{IR} = \frac{\text{valor absoluto por dimensão}}{\text{somatório da pontuação esperada na dimensão}} \times 100$$

E para função, o IR é calculado utilizando a seguinte expressão matemática:

$$\text{IR} = \frac{\text{valor absoluto por função}}{\text{valor da função}} \times 100$$

Na dimensão, o denominador do IR é o valor do somatório da pontuação máxima esperada. Na função, o denominador do IR é a pontuação máxima de 25 pontos.

Em seguida, para estimar o nível de desempenho da vigilância epidemiológica na IX Regional de Saúde – IX GERES, foi utilizada a seguinte expressão matemática:

$$ND = \frac{IRFA \times \text{peso } 3}{10} + \frac{IRFAM \times \text{peso } 2}{10} + \frac{IRFP \times \text{peso } 3}{10} + \frac{IRFMV \times \text{peso } 2}{10}$$

Onde:

ND – Nível de desempenho;

IRFA – Índice Relativo da Função Adaptação;

IRFAM – Índice Relativo da Função Alcance de Metas;

IRFP – Índice Relativo da Função Produção;

IRFMV – Índice Relativo da Função Manutenção de Valores.

Portanto, foi realizada a classificação do nível de desempenho a partir dos somatórios dos Índices Relativos obtidos em cada função, multiplicando-se pelo peso atribuído à respectiva função e dividindo por 10. Os pesos foram atribuídos às funções que julgamos ser mais relevantes, definidos como: peso 3 as funções adaptação e produção e peso 2 as funções alcance de metas e manutenção de valores.

O nível de desempenho da vigilância epidemiológica na IX Regional de Saúde – IX GERES foi classificado segundo o desempenho definido na categorização utilizado por Champagne *et al*, 2012¹³⁵ como: desempenho excelente, se o resultado alcançar 90 pontos e mais; desempenho bom, se o resultado alcançar 75 a 89 pontos; desempenho regular, se o resultado alcançar 60 a 74 pontos; e desempenho ruim, se o resultado for \leq a 59 pontos.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo observou os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos determinados pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa de n.º 3393-13 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof.º Fernando Figueira – IMIP.

Este estudo não ofereceu riscos aos participantes, uma vez que no início de cada entrevista foram explicitados os objetivos e o uso do estudo, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato dos atores envolvidos. As entrevistas foram realizadas mediante o consentimento prévio dos sujeitos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

V. RESULTADOS

A IX Regional de Saúde é um órgão administrativo da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, localizado no município de Ouricuri, distante 650 km da capital Recife. A organização dispõe de 175 funcionários, destes 101 atuam na vigilância epidemiológica, sendo 20 diretamente na área administrativa e 81 nas ações de campo.

O desempenho obtido na IX Regional de Saúde foi de 71,2 pontos, considerado regular. Para uma análise mais detalhada, apresentamos os resultados por função, dimensão e indicadores.

A tabela 1 apresenta a função adaptação.

Os indicadores nessa função representam como a instituição ao longo dos anos incorporou as novas exigências políticas, administrativas e financeiras, aperfeiçoando e fortalecendo a organização, garantindo a sua sobrevivência.

Na *função adaptação* o desempenho foi regular (68%) em relação às dimensões: *inovação e transformação*, devido à ausência de participação da vigilância epidemiológica em eventos científicos; *adaptação às exigências e tendências*, devido à ausência de projetos intersetoriais internos e/ou externos com a participação da vigilância e por não existir câmara técnica funcionando na CIR e na dimensão *mobilização da comunidade*, devido à não produção de boletins/informes epidemiológicos. Essas dimensões se relacionam diretamente com a função manutenção de valores, e ao mesmo tempo se relacionam em menor dependência com as funções alcance de metas e produção.

A dimensão *inovação e transformação* obteve um IR de 0%, *adaptação às exigências e tendências* um IR de 33,3%, *aquisição de recursos* um IR de 100% e *mobilização da comunidade* um IR de 0% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Adaptação. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.

Dimensão	Indicador	Resultado	Parâmetro	Pontuação Obtida	Pontuação Esperada	IR na Dimensão
Inovação e Transformação	Número de eventos científicos que incluíam experiências em Vigilância Epidemiológica fomentado pela GERES.	0	1 Evento anual	0	Sim, 1 ou mais eventos = 2 Não = 0	0
Adaptação às Exigências e Tendências	Existência de Câmara Técnica da Vigilância em Saúde em funcionamento na Comissão Intergestores Regional – CIR.	Não	Sim, Funcionando	0	Sim = 2 Não = 0	33,3
	Existência de projetos intersetoriais internos e/ou externos com a participação da Vigilância Epidemiológica.	0	1 Projeto	0	Sim, 1 ou mais projetos = 2 Não = 0	
	Existência de Comitê ou Grupo Técnico de Estudos de Mortalidade Materna em funcionamento.	Sim	Sim, Funcionando	2	Sim = 2 Não = 0	
Aquisição de recursos	% de execução dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS no ano avaliado.	100%	> = 80%	2	≥ 80% = 2 ≥ 51% a 79% = 1 ≤ 50% = 0	100
	N.º de profissionais existentes na Vigilância Epidemiológica (trabalho interno).	20	20 funcionários	3	≥ 20 = 3 ≤ 19 a 15 = 2 ≤ 14 a 6 = 1 ≤ 5 = 0	
	N.º de veículos existentes.	4	4	2	≥ 4 = 2 ≤ 3 a 2 = 1 ≤ 1 = 0	
	N.º de computadores existentes e pontos de internet integrados.	10	5	2	≥ 5 = 2 ≤ 4 a 3 = 1 ≤ 2 = 0	
	N.º de impressoras existentes.	6	3	2	≥ 3 = 2 2 = 1 1 = 0	
	N.º de ramais existentes.	5	3	2	≥ 3 = 2 2 = 1 1 = 0	
	N.º de salas existentes	6	3	2	≥ 3 = 2 2 = 1 1 = 0	
Mobilização da Comunidade	N.º de Boletins/Informes epidemiológicos produzidos e encaminhados aos municípios/sociedade civil/imprensa.	0	2 ano	0	≥ 2 = 2 1 = 1 0 = 0	0
Pontuação Obtida/Índice Relativo na Função				17	68%	

Fonte: Elaboração própria

- Legenda:
- Excelente – 90 pontos e mais
 - Bom – 75 a 89 pontos
 - Regular – 60 a 74 pontos
 - Ruim - ≤ a 59 pontos

A tabela 2 apresenta os indicadores descritos na função alcance de metas.

Na *função alcance de metas* o desempenho foi regular (72%). Foram considerados os principais indicadores já consensuados e os quais a instituição deve ter como prática em sua rotina, monitorando-os e avaliando. É expressa pela dimensão efetividade que obteve um IR regular (72%) devido à pontuação não alcançada nos indicadores: taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre e número de casos de sífilis congênita notificados e parcial nos indicadores: percentual de municípios que possuem postos de informação de triatomíneo e percentual de doenças de notificação compulsória com encerramento oportuno. Essa dimensão depende em parte da função adaptação, na disponibilidade dos recursos, sejam eles financeiros, materiais ou humanos; do envolvimento de outros atores, devido alguns indicadores apresentarem uma relação de dependência de ações intersetoriais. Depende também da função produção, na medida em que são observados os meios como são executadas as ações, do comportamento diário dos profissionais e ainda se relaciona à manutenção de valores.

Tabela 2 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Alcance de Metas. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.

Dimensão	Indicador	Resultado	Parâmetro	Pontuação Obtida	Pontuação Esperada	IR na Dimensão
Efetividade	% de casos de Tuberculose com encerramento informado.	98,04%	90%	2	≥ 90% = 2 ≤ 89 % a 50% = 1 ≤ 49% = 0	72
	% dos casos de Tuberculose curados.	89,8%	75%	2	≥ 75% = 2 ≤ 74 % a 54% = 1 ≤ 53% = 0	
	% de casos detectados de Hanseníase em relação aos esperados	97,3%	≥ 90%	2	≥ 90% = 2 ≤ 89 % a 50% = 1 ≤ 49% = 0	
	% de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da coorte.	91,6%	85%	2	≥ 85% = 2 ≤ 84 % a 54% = 1 ≤ 53% = 0	
	Cobertura vacinal da Tetravalente (DPT + Hib) em crianças menores de 1 ano.	101,84%	95%	2	≥ 95% = 2 ≤ 94 % a 90% = 1 ≤ 89% = 0	
	Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.	42,9	20 por 100.000 hab.	0	≥ 20 = 0 ≤ 19 a 10 = 1 ≤ 9 = 3	
	% dos óbitos fetais investigados no módulo web do sistema.	75,7%	30%	2	≥ 30% = 2 ≤ 29% a 19% = 1 ≤ 18% = 0	
	% dos óbitos menor de 1 ano investigados no módulo web do sistema.	76,4%	40%	2	≥ 40% = 2 ≤ 39% a 29% = 1 ≤ 28% = 0	
	% dos óbitos maternos investigados no módulo web do sistema.	100%	100%	2	100% = 2 ≤ 99 % a 50% = 1 ≤ 49% = 0	
	% de municípios que possuem Postos de Informação de Triatomíneo – PIT's.	36,4%	50%	1	≥ 50% = 2 ≤ 49% a 29% = 1 ≤ 28% = 0	
	N.º de casos de sífilis congênita notificados.	2	44	0	44 = 2 ≤ 43 a 15 = 1 ≤ 14 = 0	
	% de Doenças de Notificação Compulsória – DNC com encerramento oportuno.	77,7%	80%	1	≥ 80% = 2 ≤ 79 % a 60% = 1 ≤ 59% = 0	
Pontuação Total/Índice Relativo				18	72%	

Fonte: Elaboração própria

- Legenda:
- Excelente – 90 pontos e mais
 - Bom – 75 a 89 pontos
 - Regular – 60 a 74 pontos
 - Ruim - ≤ a 59 pontos

Na tabela 3 observa-se os indicadores descritos por dimensão na função produção.

Foram elencados os indicadores de processo, onde a análise permeia a qualidade das ações realizadas e a interface da regional com os municípios, sendo expressa pelas dimensões: *qualidade*, *coordenação da produção* e *processo de trabalho* que obtiveram um IR de 83,3%, 50% e 100%, respectivamente.

A ***função produção*** obteve um desempenho bom (76%), no entanto, na dimensão *coordenação da produção*, o indicador: número de reuniões integradas da vigilância epidemiológica com atenção básica, vigilância sanitária e ambiental da regional, por não atingir a pontuação esperada e na dimensão *qualidade*, os indicadores: percentual de óbitos com causa básica definida e o índice de infestação predial, por atingir a pontuação parcial, destacam-se como pontos a serem melhorados. Ambas as dimensões dependem diretamente da manutenção de valores, dependem também da função adaptação na disponibilidade dos recursos humanos, materiais e financeiros e do envolvimento de outros atores, nas articulações intersetoriais e depende em parte da função alcance de metas.

Tabela 3 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Produção. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.

Dimensão	Indicador	Resultado	Parâmetro	Pontuação Obtida	Pontuação Esperada	IR na Dimensão
Qualidade	N.º de reuniões técnicas da Vigilância epidemiológica realizadas com os municípios da regional.	9	1 a cada 2 meses	2	≥ 6 = 2 ≤ 3 a 5 = 1 ≤ 1 = 0	83,3
	N.º de supervisões realizadas nos municípios da regional.	12	1 a cada 3 meses	2	≥ 4 = 2 ≤ 3 a 1 = 1 0 = 0	
	Cobertura do SIM.	93,1%	90%	2	≥ 90% = 2 ≤ 89% a 60% = 1 ≤ 59% = 0	
	Cobertura do SINASC.	114,7%	95%	2	≥ 95% = 2 ≤ 94% a 75% = 1 ≤ 74% = 0	
	% de óbitos com causa básica definida.	91,5%	95%	1	≥ 95% = 2 ≤ 94% a 80% = 1 ≤ 79% = 0	
	Índice de Infestação Predial – IPP.	3,25%	< 1%	1	≤ 1% = 2 ≥ 1,1% a 3,8% = 1 ≥ 3,9% = 0	
Coordenação da Produção	N.º de Reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR com pauta da Vigilância Epidemiológica.	5	1 a cada 3 meses	2	≥ 4 = 2 ≤ 3 a 2 = 1 ≤ 1 = 0	50
	N.º de reuniões integradas da Vigilância Epidemiológica com Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Ambiental da Regional.	0	1 vez por mês	0	≥ 12 = 2 ≤ 11 a 5 = 1 ≤ 4 = 0	
Processo de Trabalho	% de municípios que notificaram no SINAN caso de violência doméstica, sexual e outras violências.	63,6%	50% dos municípios notificando	3	≥ 50% = 3 ≤ 49% a 39% = 2 ≤ 38% a 28% = 1 ≤ 27% = 0	100
	% de casos graves e óbitos suspeitos por Dengue investigados.	100%	100%	2	100% = 2 ≤ 99% a 50% = 1 ≤ 49% = 0	
	N.º de atividades laboratoriais desenvolvidas para apoio diagnóstico na Regional dos principais agravos da vigilância epidemiológica.	5	5	2	≥ 5 = 2 ≤ 4 a 3 = 1 ≤ 2 = 0	
	N.º de municípios com envio regular do SIM.	11	11	2	11 = 2 ≥ 8 a 10 = 1 < 7 = 0	
Pontuação Total/Índice Relativo				21	84%	

Fonte: Elaboração própria

Legenda:

-  Excelente – 90%
-  Bom – 75 a 89%
-  Regular – 60 a 74%
-  Ruim - ≤ 59%

Na tabela 4, encontram-se os indicadores descritos por dimensão na função manutenção de valores.

Nessa função, a abordagem foi relacionada ao envolvimento do profissional com a instituição e os valores atribuídos, a motivação profissional, as fortalezas da instituição e também o funcionamento da organização através do ambiente organizacional.

A *função manutenção de valores* obteve um desempenho ruim (56%) na dimensão ambiente organizacional por não atingir a pontuação nos indicadores: definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada profissional da vigilância; estimulação à acessão de cargos e ausência de protocolos descrevendo as funções dos profissionais e por atingir a pontuação parcial nos indicadores: incentivo aos funcionários na participação de treinamentos; realização de avaliações de desempenho com os profissionais; disponibilidade de meios adequados para execução das atividades; autonomia profissional e comunicação transparente e compartilhada. Essa dimensão é diretamente influenciada pela função adaptação, pela disponibilidade dos recursos humanos e opera nas funções produção e alcance de metas.

Tabela 4 – Distribuição dos resultados por dimensão e indicador. Função Manutenção de Valores. IX Regional de Saúde, Pernambuco, 2011.

Dimensão	Indicador	Resultado	Parâmetro	Pontuação Obtida	Pontuação Esperada	IR na Dimensão
Ambiente Organizacional	Incentivo aos funcionários na participação de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupa.	Algumas vezes		1		56
	Definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada profissional da Vigilância Epidemiológica.	Nunca		0		
	Realização de avaliações de desempenho com os profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica.	Algumas vezes	Sempre	1* (1)	Nunca = 0 Algumas vezes = 1 Sempre = 2	
	Relacionamento com a equipe de trabalho oportunizando a criação de novos vínculos.	Sempre		2		
	Ambiente de trabalho favorável à execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.	Sempre		2		
	Capacidade de sobrevivência da organização.	Sempre		1,5* (2)		
	Estimulação à acessão de cargos.	Nunca		0		
	Disponibilidade de meios (insumos, equipamentos e transportes) adequados para execução das atividades da Vigilância Epidemiológica.	Algumas vezes		1		
	Autonomia profissional.	Algumas vezes	Sempre	1	Nunca = 0 Algumas vezes = 1 Sempre = 2	
	Comunicação transparente e compartilhada.	Algumas vezes		1		
	Protocolos descrevendo por função as atividades desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica.	Nunca		0		
	Satisfação pessoal e profissional no exercício das atividades da Vigilância Epidemiológica.	Sempre		3	Nunca = 0 Algumas vezes = 1 Sempre = 3	
Pontuação Total/Índice Relativo				14	56%	

Fonte: Elaboração própria

*Média aritmética obtida e entre parênteses valor atribuído.

- Legenda:
- Excelente – 90%
 - Bom – 75 a 89%
 - Regular – 60 a 74%
 - Ruim - ≤ 59%

A análise das funções acima e o índice de desempenho alcançado por cada uma delas, por si só, seriam insuficientes para avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica se não fossem observadas as relações existentes entre essas funções.

Nesse sentido, as funções que apresentaram o menor desempenho foram adaptação e manutenção de valores e a relação existente entre essas funções denomina-se **alinhamento** ou **equilíbrio contextual** que avalia a sobrevivência da organização ao ambiente externo.

VI. DISCUSSÃO

O modelo aqui proposto para a avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica inova ao trazer um novo olhar para esse subsistema, uma vez que incorpora funções que se complementam e buscam um equilíbrio elucidativo entre as suas dimensões e funções, apresentando indicadores que procuram responder um construto multidimensional. Battesini 2008⁵⁷, citando Quinn e Rohrbaugh 1983, afirma que “a efetividade organizacional não é um conceito e sim construto socialmente construído, uma noção abstrata desenvolvida por teóricos organizacionais e pesquisadores”. Favorecendo ainda a aplicação do modelo EGIPSS no Estado de Pernambuco no âmbito das regiões de saúde, no intuito de fortalecer as práticas, tornando-se um forte instrumento de discussão, integração e disseminação de informações.

O modelo possibilita também um rearranjo caso não haja um bom desempenho em uma função, estabelecendo a necessidade de um novo equilíbrio entre as funções.

Há de se observar as questões influenciadas pelo ambiente organizacional e a luta pelo poder entre os atores na organização, gerando tensões sistemáticas ocasionando o desequilíbrio entre as funções⁵⁷.

Função Adaptação

No que concerne à **dimensão inovação e transformação** o IR foi 0%. Não foi realizado pela instituição estratégias de integração entre a regional e os municípios, na medida em que não houve a adoção de práticas que valorizassem a vigilância, contribuindo para a construção de novos saberes e troca de experiências, fortalecendo o uso da vigilância na região. Inovação segundo Dougherty (1996) apud Pluye, Potvin e Denis, (2004)⁵¹, significa “novidade para a organização, e pode se referir a novos clientes, novas utilizações, novas produções, nova distribuição ou logística, nova tecnologia de produtos, e qualquer combinação desses elementos”. As inovações garantem a sustentabilidade das organizações, na medida em que são incorporadas como rotina⁵¹. Uma rotina padronizada, gera uma forte sustentabilidade, contribuindo para a construção do conhecimento⁵¹.

Na **dimensão adaptação às exigências e tendências**, em relação à capacidade da vigilância se adaptar às novas exigências e tendências: políticas, administrativas, tecnológicas e financeiras, o Decreto 7.508/2011⁵⁸ que orienta em seu arcabouço a descentralização, a regionalização e a gestão por resultados, foi a política indutora para as principais mudanças que ocorreram no Estado de Pernambuco nos últimos anos. O processo de descentralização e regionalização se deu no desenvolvimento de ações estratégicas que fortaleceram a gestão das regiões de saúde. Prova disso, foi a mudança na escolha dos gerentes das regionais de saúde, onde em 2011 foi realizado um processo seletivo cujo objetivo foi selecionar profissionais preparados para atuarem como indutores na busca por melhores resultados e aprimorar o processo de regionalização^{37,59}.

Ainda em relação à estrutura organizacional das GERES, foi definido o papel da gestão regional com a missão de coordenar, assessorar, acompanhar, supervisionar,

controlar e avaliar a assistência à saúde, garantindo o atendimento à população dos municípios sob sua jurisdição na promoção e assistência à saúde⁵⁴.

O Pacto pela Saúde, 2006⁶⁰, buscando o aprimoramento dos instrumentos de gestão, instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que posteriormente, com a edição do Decreto 7.508/11⁵⁸ foi substituído pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), cuja finalidade desses espaços é a pactuação a nível regional das necessidades, prioridades e responsabilidades dos gestores. Sendo ainda responsabilidade da CIR, criar, coordenar e supervisionar a *Câmara Técnica*, e estas devem apoiar a CIR subsidiando-a com informações e análises relevantes, contribuindo para o aprimoramento do SUS na região de saúde⁶¹.

Em relação à *existência de projetos intersetoriais na Geres*, mais recentemente, a Portaria 3.252 de dezembro de 2009¹⁹, define como competência estadual a promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de vigilância em saúde.

No que concerne à *existência de Grupos Técnicos ou Comitês de discussão da Mortalidade Materna*, segundo a portaria GM n.º 1.172/04⁴⁰ é atribuição do componente municipal e de forma complementar o Estado “a vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”. Portanto, municípios e Estados devem instituir os Comitês ou Grupos Técnicos (GT’s) formado por uma equipe interdisciplinar, capaz de identificar os problemas e realizar análises de evitabilidade, melhorando assim as estatísticas vitais e também a qualidade e a organização do cuidado à saúde.

Os Comitês Regionais de Estudos de Mortalidade Materna tem caráter educativo e visa intervir na melhoria da qualidade da assistência às mulheres, reduzindo a

mortalidade materna, melhorando a cobertura e a qualidade dos dados dos sistemas de informação, sendo considerado um importante instrumento de gestão para subsidiar as políticas públicas⁶².

Essa dimensão alcançou um IR de 33,3%, demonstrando a fragilidade na utilização desses novos instrumentos de gestão, na medida em que como adaptação às exigências e tendências somente estava funcionando na Regional o Comitê de Estudos de Mortalidade Materna, não havia Câmara Técnica da Vigilância em Saúde em funcionamento na CIR e nem projetos intersetoriais com a participação da Vigilância Epidemiológica.

Em relação à **dimensão aquisição de recursos**, Donabedian, 1966³³ propôs a tríade estrutura, processo e resultados, sendo utilizada desde então, numa abordagem sistêmica, como parâmetros essenciais na organização para o alcance da qualidade.

A estrutura diz respeito aos instrumentos (equipamentos e insumos) e recursos (humanos, financeiros) e nesse estudo a estrutura refere-se à aquisição de recursos, incluindo a gestão financeira, de pessoas, equipamentos e insumos.

No indicador de gestão financeira, seria mais útil avaliá-lo em relação à como foi utilizado e não quanto foi utilizado, mas, levando em consideração que para o êxito das ações, tanto o recurso financeiro quanto a que se destina necessitam estar definidos, foi adotado o parâmetro de 80% ou mais do recurso a ser utilizado, verificando-se um resultado de 100% do recurso gasto com as ações de vigilância epidemiológica. É importante ressaltar que em relação às regionais de saúde, os valores do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) são repassados pelo nível estadual em parcelas bimensais e alocados em três elementos de despesas (material de consumo, pessoa jurídica e diárias) que serão utilizados para manutenção (consumo) e pagamento de profissionais na execução de algumas ações de campo (diárias). A utilização desse

recurso pelo gestor deverá ser feito com parcimônia, autonomia e compromisso com o objetivo de fortalecer as ações da vigilância epidemiológica na região.

Em relação ao número de profissionais existentes na vigilância epidemiológica, um fato histórico aconteceu em 1993, quando a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através da Portaria GM/MS nº 1.883⁶³, definiu a descentralização das ações e serviços de saúde como prioridade político-institucional para estados e municípios, até então exercidas por esta fundação. Somente em 1998 foram regulamentadas as normas e procedimentos referentes ao incentivo financeiro, propiciando a retomada das negociações e transferências das atividades de epidemiologia, ainda existentes, das coordenações regionais da FUNASA para as Secretarias Estaduais de Saúde, através da Portaria GM/MS n.º 3.843⁶⁴. Entretanto, o desencadeamento efetivo dessas ações só de deu a partir da publicação da Portaria MS n.º 1.399/99⁶⁵. É importante salientar que uma gama de atividades antes executadas exclusivamente por áreas técnicas da fundação passam a ser realizadas pelo nível estadual⁶⁴ e grande parte dos profissionais da FUNASA passaram a fazer parte do quadro dos estados e municípios, aumentando substancialmente o número de profissionais na área da vigilância epidemiológica em algumas regionais de saúde.

Com a descentralização foram estabelecidos critérios para o processo de certificação, onde estados e municípios comprovassem a estrutura e equipe compatíveis com as atribuições. A Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/PE n.º 427/00 aprovou a metodologia para certificação do Estado de Pernambuco e a Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças⁶⁶.

No processo de certificação foram estabelecidos condições mínimas necessárias para estruturação, incluindo equipe de profissionais, estrutura física, número de veículos e computadores de acordo com a população.

Nunes et al (2010)⁶⁷, apontam fragilidades nos municípios na execução das ações da vigilância epidemiológica em relação à composição da equipe mínima necessária nos primeiros anos após a descentralização, devido à precarização das relações de trabalho. No entanto, tal fragilidade não foi observada na IX Regional, pois o número de profissionais existentes tanto na equipe de trabalho interno quanto na equipe de ações de campo desde a descentralização foi suficiente para realização das atividades.

Ainda em relação à composição da equipe de profissionais da regional, um dado que não foi objeto do estudo, mas é importante ser ressaltado, é que não foi observado no estudo à qualificação quanto à escolaridade desses profissionais, se nível superior ou nível médio, entretanto, no ano avaliado foram contratados três coordenadores técnicos, implementando o fortalecimento da gestão regional, sendo um destes para a área de vigilância em saúde.⁵⁹

Observando a dimensão aquisição de recursos, os indicadores referentes à número de veículos, número de computadores e pontos de internet integrados, impressoras, ramais telefônicos e salas existentes, atendem a exigência mínima da estrutura para um bom desempenho das ações. Freese de Carvalho *et al* (2005)⁶⁸, em estudo realizado em âmbito municipal constatou que 50% dos municípios estudados contavam com uma infra-estrutura mínima para realização das ações da vigilância epidemiológica, não constituindo um problema. No presente estudo, a dimensão em questão obteve um IR de 100%.

No que se refere à dimensão **mobilização da comunidade** esta obteve o IR de 0%. Tomando como referência a Portaria n.º 3.252/09¹⁹ que normatiza as competências dos Estados em relação à proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à vigilância em saúde e ainda o Guia de Vigilância Epidemiológica, 2009⁶⁹, como fonte de orientação de condutas dos

profissionais de saúde e técnicos da vigilância e que definem como uma das atividades da vigilância epidemiológica a divulgação de informações, observa-se ainda que não fazem parte da rotina a realização dessa atividade.

Uma das premissas para divulgação das informações na vigilância epidemiológica é a coleta de dados com informações que sirvam para subsidiar o desencadeamento de uma ação. Maraschin e Carraro, (2001)⁷⁰, definem a informação como “a descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo, ou seja, representa uma realidade com vistas a explicar ou entender situações e problemas, de forma a possibilitar intervenções”. A Carta de Otawa⁷¹, documento produzido na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, destaca ainda que “é imprescindível a divulgação de informações, pois servirá como um importante meio de educação para a saúde, devendo ocorrer nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços coletivos”.

No trabalho realizado por Martins *et al*, 2008⁷², onde o objetivo do estudo foi analisar o modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde nos elementos de processo de trabalho e o perfil dos trabalhadores em 22 municípios do Rio Grande do Sul, os autores encontraram que dentre as atividades desenvolvidas no processo de trabalho da vigilância à saúde a que obteve a menor avaliação foi a divulgação das informações.

Portanto, o fato de não haver divulgação das informações produzidas pelos trabalhadores de saúde demonstra uma fragilidade da vigilância epidemiológica numa de suas funções mais importantes, pois auxiliaria no processo de educação e planejamento das ações de saúde. O que se percebe é que mesmo em número suficientes de profissionais, essa atividade ficou comprometida.

Portanto, ao se analisar a adaptação das políticas e tecnologias da Vigilância Epidemiológica ao sistema de saúde na IX Regional de Saúde a avaliação indica um desempenho regular, sendo influenciada por um desempenho ruim nas dimensões (i) inovação e transformação, devido à ausência de inovação na realização de eventos científicos; (ii) adaptação às exigências e tendências, devido à não realização de projetos intersetoriais e não haver câmara técnica da CIR em funcionamento; (iii) mobilização da comunidade, por não haver produção de informes epidemiológicos encaminhados para sociedade e desempenho excelente na (iv) dimensão aquisição de recursos, por atender a todos os parâmetros aplicados.

Função Alcance de Metas

A efetividade foi descrita por diferentes autores (Donabedian, 1990; Vuori, 1991; Maxwell, 1992; O’leary, 1992)³³ como atributo de qualidade. Facchini et al, 2008⁷⁵ relatam que há divergências sobre a conceituação de eficácia, eficiência, e até mesmo qualidade, no entanto, ao conceito de efetividade agregou-se “o efeito das ações e práticas de saúde implementadas”. Porém, o conceito de Felisberto (2006)⁷⁶ traduz o que melhor poderíamos compreender como efetividade, definindo-o como “a atividade de cumprir com os objetivos propostos”. Portanto, é nesse sentido, que foram propostos indicadores consensuados e que representassem as metas a serem cumpridas e se estas foram alcançadas, refletindo a qualidade das ações realizadas.

Em relação a essa função foram avaliados os resultados de indicadores dos sistemas de informação da vigilância epidemiológica.

É sabido de alguns problemas operacionais em relação ao Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) e que não é objeto desse estudo, no entanto, seu uso

sistemático e de forma descentralizada, tem ofertado informações que subsidiam o planejamento e a definição de prioridades em saúde^{77,78}.

Em 2011, a IX Regional de Saúde ocupava o 9.º lugar estadual em número de casos de tuberculose o que correspondia a 5% do total de casos de Pernambuco⁷⁹.

O indicador **percentual de casos de tuberculose com encerramento informado** monitora a fidedignidade dos dados e sem essa informação, o desfecho do tratamento seria prejudicado, influenciando de forma negativa o alcance da meta de cura dos casos de tuberculose⁸⁰. Gonçalves *et al*, 2006⁸¹ realizaram um estudo sobre a completude dos dados de tuberculose no SINAN no Brasil no período de 2001 a 2006 e em relação a variável situação de encerramento, encontrou mais de 90% de preenchimento em todos os anos, com exceção de 2006. No presente estudo este percentual foi de 98,04%, resultando em um bom desempenho.

Uma das metas pactuadas para o efetivo controle da Tuberculose no país é atingir pelo menos 85% de cura dos casos novos de Tuberculose bacilífero⁸². Em Pernambuco é padronizado 75%⁴⁹. No estudo, foi utilizado a meta do Estado.

No período de realização do estudo, a **proporção de curar 75% dos casos de tuberculose**, foi superada (89,8%), o que pode ser considerado um avanço para região em consequência das atividades de monitoramento da vigilância nos municípios da regional, no entanto, é importante ressaltar que para manutenção desse indicador, é necessário a continuidade dos esforços do monitoramento, pois foi observado no estudo que o cumprimento da meta não foi homogêneo, havendo diferenças de percentual para menos de 75% em alguns municípios. Bierrenbach *et al*, 2007⁸³ apontam como estratégia para efetividade do tratamento a expansão da estratégia do Tratamento Diretamente Observado e a manutenção da vigilância dos casos para a redução da transmissão.

Em relação à hanseníase, em 2011, a IX Regional de Saúde ocupava o 6.º lugar estadual em número de casos novos, o que correspondia a 5% do total de casos de Pernambuco⁷⁹.

Um estudo encomendado pelo Ministério da Saúde com objetivo de conhecer a evolução da hanseníase no país identificou 10 áreas aleatórias de clusters, não tendo essas áreas uma classificação ou padrão definindo-os. Os clusters definem áreas com maior risco e onde se concentram a maioria dos casos, e a IX Regional foi classificada como cluster 6⁸⁴. Nesse sentido, são necessárias intervenções que melhorem as atividades de detecção precoce e acompanhamento dos casos até a completitude do tratamento.

A região apresentou no ano de 2011 um coeficiente de detecção para hanseníase de 44,5/100.000 habitantes. Amaral e Lana, 2008⁸⁵, afirmam que áreas de cluster com coeficientes de detecção médios acima do esperado poderiam indicar uma maior força da transmissão da hanseníase e também indica a eficiência dos serviços de saúde locais em diagnosticar os casos. Observa-se no estudo, que em relação ao **percentual de casos detectados de hanseníase em relação aos esperados** a meta foi alcançada. O que pode ser atribuído para o bom desempenho desse indicador, foi a estruturação de políticas públicas efetivas que desencadearam ações interrompendo a cadeia de transmissão^{85,86}.

Para alcançar a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), incluiu responsabilidades e ações estratégicas para a atenção básica, dentre elas estão o diagnóstico e o tratamento da hanseníase^{87,88} e para orientar o processo de monitoramento e avaliação das ações da vigilância epidemiológica foi instituída a Programação Pactuada Integrada de Vigilância à Saúde (PAVS)⁸⁷.

O **percentual de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da coorte** alcançou 91,6%, resultado considerado bom nessa dimensão. Silva Sobrinho *et al*, 2009⁸⁸ e Aquino *et al*, 2003⁸⁹ encontraram para esse mesmo indicador resultados inferiores a 18% e 75%, respectivamente, o que qualificou o programa como precário. Na região, o resultado alcançado pode ser atribuído às atividades de monitoramento da regional somado ao fortalecimento das ações do programa nos municípios.

A **cobertura de tetravalente** foi incluída nessa função por ser preditora das demais vacinas para a faixa etária de menor de 1 ano. Foi avaliado a vacina tetravalente pois a introdução da pentavalente só iniciou no ano de 2012.

O monitoramento das coberturas vacinais deve ser uma atividade de rotina, estabelecida nos municípios e também em âmbito estadual e federal, tornando-se ferramenta essencial para intervenções em tempo oportuno. A cobertura vacinal é o dado concreto da eficiência e efetividade do Programa Nacional de Imunização (PNI). E nesse caso, a vigilância epidemiológica apóia e complementa o desencadeamento de ações para o cumprimento das metas em parceria com as Coordenações Municipais e Estaduais do PNI, Coordenação de Atenção Primária e Equipes de Saúde da Família⁹⁰.

A IX Regional vem mantendo ao longo dos anos um excelente histórico de coberturas vacinais, no entanto, não se observa homogeneidade dessas coberturas por município⁹¹ favorecendo o surgimento de bolsões de susceptíveis, e para isso não ocorrer, são determinantes o investimento na estrutura física e capacitação permanente dos profissionais de saúde⁹². A meta a ser perseguida para esse imunobiológico é de 95% e observa-se que no ano avaliado a regional superou a meta, conseguindo uma cobertura de 101,8%.

As causas externas (acidentes e violências) ocupam no país hoje a terceira causa de mortalidade, onde, os acidentes de trânsito, principalmente os relacionados à

motocicleta, são responsáveis por ceifar a vida de jovens, a maioria do sexo masculino, em idade produtiva. Os acidentes de transporte estão contemplados na lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde por serem reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas.

Em Pernambuco no ano de 2010 as causas externas representaram a segunda causa de mortalidade, não sendo diferente na IX Região de Saúde que vem apresentando um crescimento da mortalidade por causas externas, principalmente às relacionadas aos acidentes de transporte terrestre (ATT), representando em 2010 e 2011, a segunda causa de óbito na região⁹³.

Na mortalidade por acidentes de transporte terrestre, são classificados os óbitos sob os códigos V01 A V89 da Décima Classificação Internacional de Doenças – CID 10¹¹⁸. No ano de realização do estudo esses óbitos corresponderam a uma taxa de mortalidade de 42,9 por 100.000 hab. enquanto que no Brasil, em 2009, essa taxa apresentou 19,6 por 100.000 habitantes⁹⁴. Se considerarmos que estamos avaliando uma região, onde a população não ultrapassa 500.000 habitantes (município de grande porte), a taxa apresentada está muito elevada para uma região composta por municípios com uma população em sua maioria, menor de 20.000 habitantes, com uma tendência de crescimento e acompanhando os municípios de grande porte. Na tentativa de explicar esse crescimento, podemos atribuir as seguintes questões: (i) o aumento da frota de motocicletas na região, atribuíveis à facilidade da compra; (ii) ausência de políticas públicas de organização do trânsito nas cidades (deficiente sinalização, calçamento, fiscalização)^{94,95}, entre outros fatores, que necessitariam ser investigados com parcimônia. Este resultado contribuiu para o desempenho regular nessa dimensão.

Ainda em relação à mortalidade, além dos acidentes de transporte terrestre outros indicadores incluídos na análise dessa dimensão foram os óbitos fetais, óbitos em menores de um e óbitos maternos. Esses indicadores foram elencados por estarem diretamente ligados ao cumprimento de metas da vigilância epidemiológica e por serem considerados também eventos sentinelas.

Ao longo das últimas duas décadas no país tem sido observado uma queda nas taxas de mortalidade infantil, principalmente no componente pós neonatal, em consequência de diversos fatores como a implementação de ações de promoção, imunização, saneamento básico, entre outras. Atualmente, o componente neonatal tem contribuído com mais da metade dos óbitos de crianças no primeiro ano de vida, e vem se estabilizando em níveis elevados, e as ações para o seu controle ainda são pouco sistematizadas e estreitamente ligados às condições da qualidade da assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido^{96,97,98}.

A investigação dos óbitos fetais, infantis e maternos são importantes para a identificação dos possíveis problemas que contribuíram para o óbito, a avaliação da assistência prestada e na prevenção de novas ocorrências, aperfeiçoando as práticas de trabalho^{98,62}. Devem ser realizados pelas equipes de saúde da família da área de abrangência onde aconteceu o óbito e a alimentação e o monitoramento nos sistemas de informação devem ser realizados pela vigilância epidemiológica⁹⁹.

No ano de 2011 era pactuado na Programação das Ações da Vigilância em Saúde (PAVS) a alimentação desses óbitos nos sistemas *web* por município de ocorrência e para o monitoramento era utilizado o parâmetro: 30% dos óbitos fetais, 40% dos óbitos infantis e 100% dos óbitos maternos investigados. Ainda nesse mesmo ano, foi lançado no Estado de Pernambuco a Política de Fortalecimento da Atenção Primária, aprovada pela resolução CIB-PE n.º 1.755/2011¹⁰⁰, que entre outros, estabelece o valor do repasse

financeiro do Estado para os municípios a partir dos resultados obtidos de alguns indicadores pactuados e dentre os indicadores estavam a investigação de óbitos infantis e de mulher em idade fértil investigados no módulo web do sistema.

Em relação ao **percentual dos óbitos fetais investigados** foi encontrado no estudo 75,7%; 76,4% dos **óbitos de menores de um ano investigados** e 100% dos **óbitos maternos investigados no módulo web do sistema** o que corrobora para melhoria na qualidade de informações, contribuindo satisfatoriamente para o desempenho regular da dimensão. A investigação desses óbitos ainda contribui para entender os mecanismos que causaram as mortes e, uma vez conhecidas, tornam-se mais evidentes as medidas a serem tomadas para sua evitabilidade⁹⁶.

A doença de Chagas foi incluída como indicador por ser considerada uma doença endêmica para região e ainda por fazer parte do elenco das doenças negligenciadas do Programa SANAR no Estado de Pernambuco¹⁰².

As atividades relacionadas à vigilância epidemiológica para o controle da doença de chagas se baseiam no diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos, sendo capazes de detectar rapidamente situações de transmissão ativa da doença, além de incorporar ações de controle vetorial e de reservatórios das populações sob área de risco⁶⁹. Dentre as ações de controle vetorial e de reservatórios, são atribuídos aos municípios a manutenção de uma unidade de referência de informação para triatomíneos – Postos de Informação de Triatomíneo (PIT's) cuja função é intensificar a vigilância e o controle do barbeiro, sendo preferencialmente instalada em serviços de saúde, escolas ou junto a líderes comunitários. O encaminhamento do vetor capturado e a informação de áreas de populações autóctones ou potencialmente vetoras à vigilância epidemiológica municipal deverá ser realizado preferencialmente quinzenalmente⁷⁴.

Sabe-se contudo, que em grandes endemias rurais, após o trabalho intensivo, a partir do momento em que as campanhas cumprem seu papel, não há continuidade das ações, prejudicando o seu controle. E a continuidade dessas ações demandam, em grande parte, para o conhecimento da população sobre a doença para dar sustentabilidade ao programa¹⁰¹.

A IX Região de Saúde é considerada uma área com risco de transmissão variando de médio a alto da espécie *T. brasiliensis*¹⁰² e por esse motivo todos os municípios deveriam manter em 100% de suas localidades os Postos de Informação de Triatomíneo. No período de realização do estudo, apenas quatro municípios possuíam os **Postos de Informação de Triatomíneos** funcionando, representando 36,4%, o que contribui para manutenção de áreas de risco sem o adequado controle e vigilância, intensificando o risco da transmissão da Doença de Chagas Agudo. Vilella *et al*, 2009¹⁰¹, em seu estudo, apontam a confecção de panfletos e cartazes educativos para população com informações sobre a doença de chagas e dos PIT's como forma de contribuir no combate ao vetor. Esse indicador, portanto, contribuiu para o desempenho regular nessa dimensão.

A Sífilis Congênita é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional cujo objetivo de compromisso internacional é a eliminação como problema de saúde pública⁶⁹. E para o efetivo alcance desse objetivo, os esforços da vigilância epidemiológica em parceria com a atenção básica, devem-se concentrar na notificação dos casos. Por esse motivo, é posto como meta no Estado de Pernambuco que os municípios sejam estimulados a notificarem no mínimo um caso por trimestre⁴⁹. Em relação ao indicador proposto no estudo **número de casos de sífilis congênita notificados**, observa-se que no período avaliado apenas dois casos foram notificados. Estudos do Ministério da Saúde demonstram que mesmo com a subnotificação há

elevada magnitude dos casos¹⁰³. Alguns estudos realizados demonstram que mesmo com protocolos definidos de suspeição de casos, a obrigatoriedade da notificação e exames laboratoriais disponíveis, ainda subsiste a subnotificação^{103,104}. Brito, Brust e Silva, 2009¹⁰⁵, apontam para a necessidade de ações intersetoriais que envolvam a educação permanente em serviço como estratégia para aumentar a sensibilidade da notificação desse agravo. Esse indicador portanto, contribuiu para o desempenho regular nessa dimensão.

O indicador **percentual de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) com encerramento oportuno** é relevante pois demonstra a confiabilidade do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, que é o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação do país. A oportunidade de encerramento das notificações é um indicador importante para vigilância epidemiológica pois irá subsidiar o planejamento de ações para tomada de decisão. O parâmetro de 80% dos casos notificados com encerramento oportuno não foi alcançado nesse indicador. Considera-se oportuno, a investigação concluída no SINAN no prazo de 60 ou 180 dias de acordo com o agravo¹²¹.

A função alcance de metas na IX Regional de Saúde apresentou uma avaliação com desempenho regular influenciado pela dimensão efetividade, devido ao não alcance das metas nos indicadores de (i) taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre, (ii) percentual de municípios que possuem Postos de Informação de Triatomíneo, (iii) número de casos de sífilis congênita notificados e (iv) percentual de doenças de notificação compulsória com encerramento oportuno.

Contudo, o desempenho nessa função apresentou um IR de 72%, classificação regular, porém, próximo ao ponto de corte para a classificação “bom desempenho” demonstrando que a vigilância epidemiológica em parte, cumpriu as atividades de

alcançar os objetivos propostos, necessitando nos indicadores onde apresentou fragilidade, instituir ações para melhorar seu desempenho.

Função Produção

Essa função representa os meios ou processos utilizados pela instituição para se alcançar o objetivo final, ou seja, descrevem os serviços ou bens produzidos¹⁰⁶ e também a interface da regional com os municípios.

Contandriopoulos *et al*, 1997¹⁰⁶, definem processo como “saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados”. Portanto, essa função apresenta os indicadores que irão avaliar como são desenvolvidas as ações.

A dimensão qualidade obteve um IR de 83,3%, considerado um desempenho bom. Qualidade é um termo complexo, devendo ser considerado para análise, a complexidade do sistema de saúde, o contexto histórico, político, econômico e a sociedade que estão em constante transformação, bem como os diferentes pontos de vista dos “stakeholders” ou grupo de interessados envolvidos na avaliação³³. Contudo, no presente estudo definimos como qualidade “o conjunto de atributos do processo que favorece o melhor resultado possível, tal como definido com relação aos conhecimentos, à tecnologia, às expectativas e às normas sociais. A qualidade é, portanto, definida pela correspondência do processo de cuidados com as normas profissionais de consumo e sociais em várias dimensões do processo”³¹.

Dentre as funções da vigilância epidemiológica da regional estão definidos o assessoramento, o acompanhamento e a supervisão dos municípios sob sua jurisdição⁵⁴, cuja a importância baseia-se na necessidade de apoiar a execução das ações, fornecer cooperação técnica e alinhar os procedimentos executados pela vigilância municipal para que sejam realizados de maneira padronizada e uniforme. Observa-se portanto que

na **dimensão qualidade**, em relação aos indicadores: número de reuniões técnicas da vigilância epidemiológica realizadas com os municípios da regional e número de supervisões realizadas nos municípios da regional foi obtida a pontuação máxima esperada. Ressaltamos, entretanto, que não foi objeto do estudo avaliar o conteúdo dessas reuniões e os instrumentos utilizados para supervisão. No entanto, a validade dos indicadores está baseada na relevância para a vigilância epidemiológica da regional executar um de seus papéis primordiais: integrar o planejamento e monitoramento das ações, definir os instrumentos e padronizar os procedimentos, contribuindo para o fortalecimento da gestão da vigilância epidemiológica na região.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar as informações sobre as estatísticas vitais no país, fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade e conhecer as características das condições materno-infantil, contribuindo assim com a melhoria da qualidade da informação¹⁰⁷.

O SIM foi criado em 1975, e apesar das críticas existentes ainda hoje, as estatísticas de mortalidade continuam sendo de grande validade para indicar prioridades, planejar ações de saúde local e regional e ainda acompanhar as mudanças do perfil epidemiológico de uma população¹⁰⁸. A cobertura, entendida como a abrangência desse sistema¹⁰⁹, ou melhor, a capacidade de obtenção dos eventos em uma localidade em determinado espaço de tempo¹¹⁵, apresentou estimativas para o país de 82%, variando entre o mínimo de 60,8% para a Região Nordeste e 95,3%, para a Região Sul no ano de 1999¹⁰⁹. Mello Jorge et al (2007)¹⁰⁷, apontam uma cobertura nacional ultrapassando os 83% para o ano de 2002, podendo ser calculada utilizando algumas metodologias disponíveis, como: (i) comparação dos dados do SIM com os encontrados em cartórios via Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (ii) comparação entre os

dados do SIM e estimativas elaboradas pelo IBGE; (iii) análise do coeficiente de mortalidade; (iv) busca ativa de eventos; (v) razão entre o número de eventos captados e estimados, mediante técnicas que utilizam dados do próprio sistema ou de outros^{107,110}. No presente estudo, foi utilizado o método direto para o cálculo da cobertura adotado pelo Estado de Pernambuco desde 2010, com base na Portaria n.º 201/2010¹¹¹. A forma do cálculo é (n.º de óbitos captados no SIM/total de óbitos estimados x por 100), onde os óbitos estimados, são informados pelo Ministério da Saúde. Utilizando esse cálculo, foi encontrado uma cobertura de 93,1%. Assim, apesar de alguns estudos evidenciarem a subnotificação como problema significativo, principalmente no Norte e Nordeste¹¹²⁻¹¹⁴, os dados encontrados na regional retificam essa informação, podendo esta melhoria estar associada (i) aos esforços das Secretarias Municipais e Estaduais aprimorarem a qualidade da informação⁹⁴; (ii) as estratégias de busca ativa de óbitos em fontes alternativas¹¹² resultando melhorias na cobertura desse sistema.

O SINASC foi implantado gradativamente a partir de 1990 e de forma não homogênea nos Estados da Federação^{107,115-117}. Seu principal objetivo é conhecer o perfil dos nascimentos no país, mas também fornece informações importantes sobre a assistência à gravidez e ao parto. Alguns estudos demonstram que a cobertura desse sistema suplantou os 90%, indicando a viabilidade para cálculo de indicadores^{94,115,116}. Nesse estudo, não foi diferente, alcançando 114,7%, contribuindo para o bom desempenho da dimensão. Portanto, em relação à cobertura, observa-se uma boa captação desses eventos na região no período analisado, sendo imprescindível a manutenção dessas coberturas, bem como deverá ser observado a confiabilidade dos dados para utilidade ao planejamento local e regional.

Nas análises de mortalidade, alguns fatores como a subnotificação de eventos, erros de preenchimento, erros de transmissão da base de dados^{107,109} e ainda segundo

Haraki, *et al*, 2005¹¹⁸, o profissional médico que não considera a importância no preenchimento da declaração de óbito, criam lacunas no conhecimento e impedem que as informações sejam utilizadas de maneira a contribuir com o desenvolvimento local. No entanto, alguns estudos^{107,109,118} vem apresentando estratégias para melhorar a captação dos óbitos, o fluxo na transmissão dos dados e a qualidade da informação contida na causa básica dos óbitos, principalmente os que são classificados no Cap. XVIII da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão – CID-10¹¹⁹ como *mal definidos*, sendo expressivo a melhoria da sua definição nos últimos anos⁹⁴. O percentual de óbitos com causa básica definida na região alcançou 91,5%, porém se aproximando da meta preconizada de 95%. Nesse sentido, contribuiu para o bom desempenho da dimensão, demonstrando o investimento na qualidade da informação.

A dengue também é uma doença endêmica na região. Para alcançar a sustentabilidade nas ações de controle, uma das principais medidas é o envolvimento intersetorial com parcerias nos diversos segmentos da saúde (vigilância epidemiológica e atenção básica)¹²⁰. E para o efetivo controle da doença, a maneira mais eficaz, é evitar a proliferação do mosquito transmissor em parceria com a comunidade, que irá potencializar o trabalho dos Agentes de Controle de Endemias (ACE), evitando o surgimento de possíveis criadouros^{120,121}. Contudo, são necessárias caracterizações entomológicas, ou seja, informações relativas ao vetor, para nortear as ações de controle e que ofereçam uma resposta rápida e oportuna para a adoção de medidas e aproveitamento de insumos. Para isso, são utilizados os índices entomológicos de Breteau, Tipo de recipiente e Predial, que indicam a situação da infestação de formas imaturas de larvas e pupas e os tipos de recipiente predominante^{120,122}. O índice analisado no estudo foi o de Infestação Predial (IIP) que mede a presença do vetor no domicílio, ou seja, é a relação entre o número de imóveis positivos e o número de

imóveis pesquisados¹²². O aceitável pelo MS é < 1%, considerado satisfatório, e observa-se que na região no período analisado, esse indicador apresentou uma classificação de alerta, com índice de 3,25%. Nesse sentido, é necessário o estabelecimento de parcerias, através da formação de comitês municipais com eixo principal nas ações de informação, comunicação e educação como norteadores desse processo, revendo seus princípios, no sentido de torná-las mais eficientes¹²³⁻¹²⁵.

A dimensão **coordenação da produção** obteve um desempenho ruim com IR de 50%. Champagne e Contandriopoulos (2010)³¹ definem-na como um “conjunto de acordos formais que possibilitam uma organização lógica das partes de um todo para um dado objetivo”. Nesse sentido, foi proposto o indicador número de reuniões da CIR com pauta da Vigilância Epidemiológica, compreendendo que a CIR é um espaço privilegiado de negociação e pactuação, onde serão definidas metas a nível regional entre os gestores, sendo necessário o entendimento de cada gestor das ações de Vigilância Epidemiológica que serão desenvolvidas nos seus municípios e as responsabilidades inerentes para o alcance dos objetivos propostos. Observa-se que no período foram realizadas reuniões na CIR contendo pauta da vigilância epidemiológica, no entanto, não favoreceram para um bom desempenho na dimensão.

As reuniões técnicas da vigilância epidemiológica, atenção básica, vigilância sanitária e ambiental possibilitam verificar a articulação e integração das áreas internas com o objetivo de contribuir com a continuidade dos processos. Costa *et al*, 2013⁴⁹ enfatizam que deverá haver um comprometimento no sentido de atribuir um novo significado às rotinas, utilizando em todos os momentos uma metodologia participativa. Dessa forma a gestão da vigilância epidemiológica seria orientada por uma nova prática, onde os processos perpassariam por uma avaliação reflexiva sobre suas atividades

diárias. Observa-se no entanto, que não houve por parte da gestão a utilização dessa estratégia, contribuindo para o desempenho ruim nessa dimensão.

A dimensão **processo de trabalho** obteve um desempenho excelente, com um IR de 100%. Refere-se ao desenvolvimento das ações da vigilância epidemiológica (notificação, investigação, apoio laboratorial e processamento de dados) como parte das funções da regional de coordenação e acompanhamento aos municípios.

Desde 1993 a temática das violências e acidentes era pauta da Organização Mundial de Saúde (OMS) quando escolheu a prevenção de traumas e acidentes para celebrar o Dia Mundial da Saúde¹²⁶. No Brasil, a violência tem sido palco de discussões nos últimos anos e tendo em vista a sua magnitude e importância, foram editadas portarias e normas técnicas pelo Ministério da Saúde no intuito de legitimar essa política¹²⁷. Por outro lado, esse é um tema complexo e polêmico, seja pelas questões sociais, ou ainda segundo Malta, *et al*, 2007¹²⁸ “seja pela multiplicidade de seus determinantes, seja pela variedade de abordagens e potencialidades de intervenção”. No entanto, a prevenção exige ações intersetoriais, olhares e conhecimentos plurais no intuito de formar uma rede de serviços que abarque a vítima, a família e o agressor. Nesse sentido, o Ministério da Saúde a partir da Portaria n.º 104/11¹²⁹ tornou a notificação de violências universal para toda a rede de saúde. Até então, apenas as unidades sentinelas, serviços de referência no atendimento às vítimas de violências, eram responsáveis pelas notificações. Com a obrigatoriedade da notificação, as unidades de saúde passaram a informar esse agravo, aumentando a cobertura no sistema. Observa-se que no período analisado 63,6% dos municípios informaram casos de violência doméstica, sexual ou autoprovocadas no SINAN, podendo ser considerado um indicador da sensibilidade do serviço a identificação dos casos, contribuindo para prevenção das violências.

Um dos objetivos da vigilância epidemiologia da dengue é detectar e controlar precocemente as epidemias, reduzindo a letalidade das formas graves da dengue (Febre Hemorrágica da Dengue e Síndrome do Choque da Dengue) e a morbidade, desencadeando as ações que serão norteadas com a notificação e a classificação dos casos^{69,121}. No ano avaliado, houve um caso suspeito de dengue grave, investigado, resultando um indicador satisfatório nessa dimensão.

A descentralização das ações da FUNASA para as Secretarias Estaduais e Municipais a partir da Portaria GM/MS nº 1.883/93⁶³ incluíam, além dos serviços, os exames laboratoriais. Com a regionalização, foi assumido pelas regionais o apoio laboratorial das principais zoonoses e posteriormente foram agregados novos exames de importância para saúde pública, garantindo em tempo oportuno, as intervenções necessárias, além da otimização dos custos. Na IX GERES, são realizados 5 tipos de exames laboratoriais das principais endemias rurais, sendo eles: classificação de triatomíneo positivo, classificação de *Aedes aegypti*, sorologia para leishmaniose visceral e tegumentar canina, coleta para malária e peste. Estes últimos, são encaminhados para diagnóstico na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-PE). Observa-se que esse indicador contribuiu para um excelente desempenho nessa dimensão.

O monitoramento dos sistemas permite acompanhar de forma permanente e regular as informações de saúde, podendo ainda detectar mudanças em tempo oportuno⁴⁹. É nesse sentido, que foi apresentado o indicador de regularidade do SIM. No período analisado, todos os municípios da regional enviaram a notificação (positiva ou negativa para municípios com < 30.000 habitantes) ou o mínimo dos óbitos esperados (80% para municípios \geq 30.000 habitantes)¹²¹ para o sistema de informação, contribuindo para o conhecimento da situação de saúde da região e favorecendo positivamente para o desempenho da dimensão.

Ao analisar a produção da Vigilância Epidemiológica na IX Regional de Saúde a avaliação aponta um bom desempenho, influenciado pela (i) dimensão qualidade; desempenho excelente na (ii) dimensão processo de trabalho, por atender a todos os parâmetros aplicados e desempenho regular (iii) na dimensão coordenação da produção, devido à ausência de reuniões integradas entre VE, atenção básica, vigilância sanitária e ambiental.

Observa-se que nessa função não houve dificuldades para o desenvolvimento das ações da VE. No entanto, merece destaque a ausência da articulação entre os setores da regional inviabilizando a comunicação e a continuidade dos processos de integração.

Função Manutenção de Valores

No que se refere ao clima organizacional, os três primeiros indicadores relacionam-se à motivação profissional. Para Robbins (2000) “A motivação é a disposição de exercer um nível elevado e permanente de esforço em favor das metas da organização, sob a condição de que o esforço é capaz de satisfazer alguma necessidade individual”¹³⁰. O **Incentivo aos funcionários na participação de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupa**, visa o desenvolvimento profissional e observa-se que algumas vezes, esse incentivo foi percebido pelo profissional na instituição. A **Definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada profissional da Vigilância Epidemiológica** e a **Realização de avaliações de desempenho com os profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica**, são atividades realizadas pela instituição relativas aos seus desejos para com o profissional em relação à produtividade, sendo importante nesse processo, o *feedback* da organização ou da liderança para o profissional de forma clara, segura e objetiva. Dessa forma, não acontecerá resistência por parte do colaborador às mudanças, se necessário.

Segundo Kanaane (1999) as mudanças no ambiente de trabalho irão surgir de acordo com as novas demandas existentes na organização, redirecionando a outras atividades profissionais¹³¹. Observa-se que no segundo indicador 100% dos entrevistados apontaram que nunca houve por parte da instituição a definição das expectativas do desempenho profissional e sobre o terceiro indicador foi relatado por 50% dos entrevistados que algumas vezes são realizadas avaliações de desempenho.

O ambiente de trabalho na organização está relacionado à qualidade de vida no trabalho. Um ambiente de trabalho favorável gera motivação entre os funcionários contribuindo para o aumento da produtividade e melhoria dos resultados. Andrade, *et al*, (1998), relatam que as organizações devem investir no ambiente de trabalho “com o objetivo de alcançar melhoria da produtividade por meio das equipes integradas”¹³². Um ambiente favorável gera acolhimento e oportunidades, os indicadores **Relacionamento com a equipe de trabalho oportunizando a criação de novos vínculos e Ambiente de trabalho favorável à execução das atividades da Vigilância Epidemiológica**, dizem respeito a esse ambiente. Observa-se que 100% dos entrevistados referiram que o ambiente de trabalho é acolhedor e cria essas condições.

A sobrevivência de uma organização provém da sustentabilidade, sendo necessário investimentos em recursos (funcionários, financiamento, equipamentos), considerados eventos específicos para o processo de implementação, sendo esta última e a sustentabilidade concomitantes.⁵¹ Pluye, Potvin e Denis (2004), citando Goodman *et al*, (1994)⁵¹ “sugerem que é necessário ter recursos suficientes disponíveis no momento certo para implementar e sustentar um programa”. Nesse sentido, em relação à **Capacidade de sobrevivência da organização**, os entrevistados apontam uma tendência positiva ao desenvolvimento das atividades da Vigilância Epidemiológica, onde a mesma pode oferecer os recursos necessários à realização das ações.

Com relação ao critério cultura organizacional, segundo Pluye, Potvin, Denis, Pelletier e Mannoni (2005)⁵², “a promoção de pessoal, é considerado um incentivo (posição de maior responsabilidade e poder) que estimula a rotinização de inovações”. No presente estudo, o reconhecimento e valorização do profissional é analisado como **Estimulação à acessão de cargos**, e referido com insatisfação e pontuado pelos profissionais entrevistados como nunca realizado pela instituição.

A Disponibilidade de meios (insumos, equipamentos e transportes) adequados para execução das atividades da Vigilância Epidemiológica e considerado pelos profissionais entrevistados que somente algumas vezes a regional oferece os recursos adequados para execução das atividades. Como visto anteriormente, esses recursos são necessários para sustentabilidade da organização⁵¹. Por outro lado, a ausência deles pode gerar estresse entre os funcionários. Segundo Serva e Ferreira (2006)¹³³ “Trabalhar com uma filosofia organizacional que busca ‘fazer mais com menos’ parece ser uma obsessão [...] e as implicações possíveis têm sido a redução da mão-de-obra, tanto gerencial quanto operacional”.

A Autonomia profissional na instituição está relacionado às múltiplas funções que a organização deverá assumir, ou seja, ao examinar as funções manifestas e latentes, os profissionais deverão reconhecer que para sobreviver a organização deverá cumprir todas essas funções, estando as mesmas, diretamente relacionadas à adaptação externa⁵⁴. À medida que o profissional tem autonomia para desempenhar suas funções, compartilhado pela cultura organizacional, mantém a missão da organização, contribuindo para a sua sobrevivência. O relato dos profissionais entrevistados foi que apenas algumas vezes foi proporcionado autonomia pela instituição na realização das ações da vigilância epidemiológica.

Pluye, Potvin, Denis, Pelletier e Mannoni (2005)⁵², descrevem que “é preciso haver comunicação transparente entre os atores para que se consiga a congruência entre objetivos, para partilhar artefatos culturais e para realizar ações corretivas, assim promovendo a rotinização”. Ser ouvido e ouvir, ter espaço para expressar suas opiniões e preocupações sobre as atividades e tentar solucionar problemas, é chamada **Comunicação transparente e compartilhada**, considerada pelos entrevistados como algumas vezes oportunizada pela regional.

Para fortalecer ainda mais os eventos considerados de rotinização e implementação, é sugerido na literatura a *integração das regras*. Essa é descrita como a formalização das atividades que serão executadas nas organizações de forma escrita através de protocolos, regulamentos, manuais e outros. Segundo Pluye, Potvin, Denis, Pelletier e Mannoni (2005)⁵² “funções do programa tornam-se parte de descrições e pré-requisitos de trabalho de organizações ou quando o uso de inovação torna-se parte do estatuto, regulamento, manual”. No estudo, para o indicador de **Protocolos descrevendo por função as atividades desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica**, foi relatada pelos entrevistados a inexistência dos mesmos.

A suposição sobre a satisfação profissional e pessoal é um aspecto que deverá ser considerado pelo profissional através da realização de avaliações ou no exercício de uma prática reflexiva. A prática reflexiva exige que os colaboradores examinem suas ações, contribuindo para eficácia do programa, esta última, podendo ser observada pela participação e satisfação pessoal e profissional⁵¹. Observa-se que o indicador de **Satisfação pessoal e profissional no exercício das atividades da Vigilância Epidemiológica** foi atribuído pelos profissionais como satisfatório, os mesmos relataram contribuir com todo potencial para o desenvolvimento das ações da vigilância epidemiológica.

Ao analisar a função manutenção dos valores da vigilância epidemiológica na IX Regional de Saúde a avaliação aponta um desempenho negativo na dimensão ambiente organizacional. A ausência de investimento por parte da instituição: na definição do papel dos funcionários e nas expectativas em torno do trabalho; no estímulo à promoção de cargos e ainda; na elaboração de protocolos definindo as funções desenvolvidas pelos profissionais da vigilância epidemiológica, contribuíram para o desempenho ruim, necessitando a regional investir no ambiente organizacional, visto que essa função imprime sentido e coesão à organização.

Relação entre as funções adaptação e manutenção de valores – Analisando o Equilíbrio Contextual

Assim que um grupo cresce numa organização, existem valores e crenças que são desenvolvidas e complementadas por outras, norteadas por dois processos (i) relacionados à sobrevivência ao seu ambiente externo e a (ii) integração dos processos internos em mobilizar a sobrevivência e a adaptação⁵⁴.

Uma das suposições compartilhadas nos processos internos da organização é o conceito desenvolvido sobre missão. A missão da organização é a sua tarefa principal, manifesta ou latente, no entanto, os diferentes atores envolvidos possuem necessidades distintas, e a organização deverá equilibrar essas necessidades, garantindo sua sobrevivência. Assim sendo, a vigilância deverá estabelecer parcerias com instituições de ensino, no intuito de fortalecer uma de suas funções latentes “não declaradas” de incentivo à pesquisa. Dessa maneira, o grupo estará interiorizando um princípio fundamental da organização, que não está explícito, mas que contribui para inovação e transformação (*eventos científicos que incluam experiências em vigilância epidemiológica*) e adaptação às exigências e tendências (*existência de projetos*

intersetoriais internos e/ou externos com a participação da vigilância epidemiológica).

Em relação à *câmara técnica funcionando nas discussões da CIR*, é fato que algumas vezes as metas não são compartilhadas pelo grupo, e a participação de novos atores, contribuindo para discussão, poderá ofertar novas ideias. Na medida em que essas novas ideias são incorporadas e compartilhadas e o grupo chega a um consenso sobre as metas da vigilância epidemiológica, essas suposições tornam-se forte, garantindo a adaptação às exigências e tendências da organização.

Nos indicadores acima, a dinâmica existente refere-se ao envolvimento dos diferentes atores na compreensão compartilhada sobre a missão latente da organização, e das derivadas da missão essencial, ou seja, as metas, que por sua vez serão diretamente influenciadas pelos valores e crenças. Uma vez que os valores e crenças sobre a qualidade técnica com que são desenvolvidas as atividades da organização estão firmados, irá induzir um equilíbrio forte, mantendo a coesão, a alta produtividade e conseqüentemente garantindo a adaptação e a sobrevivência da organização.

As suposições compartilhadas sobre os meios para atingir suas metas, referem-se ao ambiente interno da organização, como são realizadas as rotinas e o comportamento dos profissionais na realização de suas atividades. Esse ambiente irá balizar uma organização de outra, é o reconhecimento da excelência organizacional no cumprimento de suas metas, é o seu produto final como será visto por outros. Portanto, o seu produto final aqui considerados foram os *boletins/informes epidemiológicos produzidos e encaminhados para os municípios*, e à medida que os municípios reconhecem quais são as metas defendidas pela organização, darão suporte e apoio e reconhecerá a organização como referência.

A dinâmica existente está na relação que o indicador faz primeiramente na cadeia de produção ou no processo de trabalho com a finalidade de alcançar seus objetivos, garantindo a excelência de seu produto, através do reconhecimento da população.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à *adaptação às políticas e tecnologias*, a vigilância epidemiológica necessitará implementar ações de integração entre a regional e os municípios, estabelecendo parcerias institucionais visando avançar no fortalecimento do uso da vigilância epidemiológica; em relação à *inovação e transformação*, deverá se adaptar às novas exigências técnicas, fortalecendo as estratégias organizacionais existentes, garantindo a sustentabilidade na medida em que investe na divulgação das ações realizadas pela vigilância epidemiológica.

Em relação ao *alcance das metas*, observa-se que em parte a vigilância epidemiológica cumpriu com sua função de monitorar os indicadores pactuados, necessitando investir em ações de articulação com os municípios nos indicadores onde não obteve êxito.

No que concerne ao *processo de trabalho*, a produtividade e a qualidade técnica são ferramentas perseguidas pela gestão, necessitando investir na articulação intersetorial.

Observa-se que os *valores, normas e crenças da instituição*, são ideais a serem alcançados, encontrando-se ainda muito fragilizado em vários aspectos, sendo imprescindível o investimento de melhorias no ambiente organizacional, a partir do qual serão desencadeadas as ações que irão garantir a sobrevivência da organização ao ambiente externo, e ao mesmo tempo, é necessário que a organização invista em novas tecnologias e serviços, adaptando-se às novas exigências e tendências do mercado.

A avaliação apresentou um desempenho regular (71,2) da vigilância epidemiológica na IX Gerência Regional de Saúde, influenciado por um desempenho regular nas funções adaptação (68,0) e alcance de metas (72,0), bom na função produção (84,0) e ruim na função manutenção de valores (56,0).

Em relação ao desempenho nas dimensões, destacam-se como potencialidades: na função adaptação a dimensão *aquisição de recursos*; na função alcance de metas a dimensão *efetividade* e na função produção as *dimensões processo de trabalho e qualidade*.

O modelo proposto apresenta como vantagens sua complexidade, na medida em que apresenta várias perspectivas do desempenho, proporcionando uma visão abrangente ao avaliador, destacando não apenas indicadores finalísticos ou metas, mas permitindo uma visão multidimensional. Destacamos também a perspectiva dos alinhamentos ou equilíbrios que relacionam as funções, dando sustentabilidade ao modelo.

Como desvantagem, apresenta-se também a complexidade do modelo, pois o mesmo pode se tornar tão abrangente que ocorrerá o risco de se desviar dos objetivos propostos. Limita-se com a abordagem quantitativa utilizada para avaliar a função manutenção de valores, o tamanho da amostra, por não incluir os coordenadores da vigilância epidemiológica dos municípios que compõem a IX Região de Saúde na análise do desempenho e ainda por não ter sido realizado uma análise de implantação, pois os resultados obtidos podem ser influenciado por outros fatores que não foram objeto do estudo.

Por fim, espera-se que o modelo de avaliação proposto contribua para o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica da IX Regional de Saúde na medida em que as fragilidades identificadas possam ser consideradas como desafios para gestão no sentido de superá-las, estimulando cada vez mais o desenvolvimento do sistema e que as potencialidades sejam valorizadas, legitimando o modelo de avaliação de desempenho utilizado.

VIII. RECOMENDAÇÕES

Destacam-se como pontos a serem melhorados nas dimensões agregados por função:

- Adaptação

- *Inovação e transformação*, devido à ausência de estratégias de integração entre a regional e os municípios, na medida em que não fomentou ações de valorização do uso da vigilância epidemiológica na região, através da adoção de uma rotina padronizada;
- *Adaptação às exigências e tendências*, devido às dificuldades de incorporação dos novos instrumentos de gestão, através da utilização dessas ferramentas no intuito de fortalecer a gestão e aperfeiçoar a qualidade técnica com que são realizadas as ações da vigilância epidemiológica.
- *Mobilização da comunidade*, devido à ausência de divulgação de informações, através da publicação periódica de informes/boletins epidemiológicos para sociedade civil e trabalhadores de saúde garantindo a sustentabilidade do sistema.

- Alcance de Metas

Faz-se necessário que a gestão dê continuidade ao processo de monitoramento e avaliação dos indicadores, na medida em que se consolidou como um instrumento útil para o desempenho da vigilância epidemiológica na região através de ações que envolvam a educação permanente em serviço.

- Produção

- *Coordenação da produção*, devido à ausência de articulação entre os setores da regional, utilizando uma abordagem participativa e uma avaliação reflexiva atribuindo um novo significado às rotinas de trabalho.

Constitui-se desafio para obter a excelência, envolver a articulação intersetorial, através da formalização de uma rotina periódica de reuniões técnicas com discussão dos principais assuntos pertinentes à vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e atenção básica como elemento essencial para melhorar o desempenho da dimensão coordenação da produção.

- Manutenção de Valores

- *Ambiente organizacional*, motivado pela ausência de: protocolos descrevendo as funções de cada profissional da vigilância; definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho; planos de cargos e carreiras; motivação na participação de treinamentos; realização de avaliações de desempenho; indisponibilidade de insumos, equipamentos e transporte adequados e em quantidades suficientes; autonomia profissional e espaços onde os funcionários tenham a oportunidade de relatar suas ansiedades e insatisfações no ambiente de trabalho.

Sendo necessário por parte da gestão valorizar o ambiente organizacional, investir nos pontos que foram considerados como não satisfatórios e ressaltá-los como desafios a serem superados a partir da elaboração e implantação de um protocolo descrevendo as funções de cada profissional da vigilância; definição das expectativas institucionais relativas ao desempenho; desenvolvimento de normas sobre a distribuição de poder e status na organização; incentivo aos funcionários na participação de

treinamentos; realização periódica de avaliações de desempenho; disposição de meios (insumos, equipamentos e transporte) adequados e suficientes; oferecer autonomia e espaços onde os funcionários tenham a oportunidade de relatar suas ansiedades e insatisfações no ambiente de trabalho.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. 1ª Ed. São Paulo: Martinari, 2008.
2. Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em Saúde: É necessária uma legislação de emergência? Revista de Direito Sanitário. 2009; 10 (2): 126-144.
3. Battesini M, Sperb A. A Vigilância contemporânea no Brasil: contribuições para uma discussão. Boletim de Saúde, 2007; 21(1).
4. Alves MJM. Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata? [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
5. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, MZ, Filho, NA. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-586.
6. Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde. Parte 1. Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília, DF; 2011. p. 10-17.
7. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 2004.
8. Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. p. 29-60.
9. Albuquerque MIN, Carvalho, EMF, Lima, LP. Vigilância Epidemiológica: conceitos e institucionalização. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2002; 2 (1): 7-14.
10. Andrade LOM. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-28.
11. Campos ALV, Nascimento DR, Maranhão E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2003; 10 (2).
12. Brasil. Lei Federal n.º 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1975/6259.htm
13. Brasil. Decreto n.º 78.231 de 12 de agosto de 1976. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1975/6259.htm
14. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998; VII (2) 7-28.
15. Barreto ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2002; 5 (1).
16. Brasil. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf

17. Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, Samico I, Almeida CKA. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25 (4): 827-839.
18. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15 (5): 2367-2382.
19. Brasil. Portaria n.º 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. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>
20. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13 (6): 1923-1932.
21. Pernambuco. Governo de Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização. PDR. SUS-PE. Incluindo adendo referente à criação da XI GERES, 2006. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_pe.pdf
22. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5 (1).
23. Felisberto E. Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil no período de 2003 a 2008. [Tese] Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
24. Santos EM, Reis AC, Cruz MM. Análise do desempenho do sistema de monitoramento do programa de controle de DST/Aids e hepatites virais (MONITORAids) como ferramenta de gestão: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. 2010; 10 (1): 173-185.
25. Arreaza ALV, Moraes JC. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15 (5).
26. Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na Avaliação em Saúde. In: Samico, I, Felisberto, E, Figueiró, AC, Frias, PG. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.15-28.
27. Marzocchi KBF, Carvalho MS, Avaliação da prática da vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1992; 26 (2): 66-74.
28. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. *Avaliação – Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p. 61-74.
29. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4 (2), 341-353.
30. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I, Felisberto, E, Figueiró, AC, Frias, PG. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.1-13.

31. Champagne F, Contandriopoulos AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos, AP, Hartz, Z, Gerbier M, Nguyen A. Organizadores. Saúde e Cidadania: As experiências do Brasil e do Quebec. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.
32. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9 (3): 711-724.
33. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico, I, Felisberto, E, Figueiró, AC, Frias, PG. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.43-55.
34. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Béland F, Leggat SG, Denis JL, Bilodeau H, Langley A, Brémond M, Baker GR. Um modelo conceitual para analisar o desempenho de organizações de saúde. *Pesquisa sobre gestão em serviços de saúde*, 1998.
35. Pernambuco. Secretaria de Saúde. I Oficina Regional para construção de consensos. IX Região de Saúde – Ouricuri; 2009.
36. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, *et al.* Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11 (3): 669-681.
37. Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em portal.saude.pe.gov.br/wp.../2012/06/PES-2012-2015-FINAL.pdf
38. Pernambuco. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Educação em Saúde. Apoio Institucional da Educação Permanente. Oficina para construção do plano regional de educação permanente em saúde. Caderno de Textos. IX Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco – Ouricuri; 2010.
39. Brasil. Portaria n.º 1.399 de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13206
40. Brasil. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>
41. Brasil. Instrução Normativa n.º 02 de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2005/int0002_22_11_2005.
42. Brasil. Portaria n.º 20 de 03 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_20_03.pdf

43. Brasil. Instrução Normativa n.º 01 de 19 de agosto de 2004. Regulamenta a Portaria GM/MS n.º 1.172/04, no que se refere às ações de gestão dos imunobiológicos providos pela Secretaria de Vigilância em Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para fins de controle de doenças imunopreveníveis. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_01_2004.pdf
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Série Pactos pela Saúde. v. 13. Brasília, DF; 2010.
45. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde [Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS]. In: Projeto GERUS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde. 1995; 121-128.
46. Kessner DM, Kalk CD, Singer J. Assessing Health Quality – The case for Tracers. *The New England Journal of Medicine*, 1973; 288 (4): 189–194.
47. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20 (2): 534-545.
48. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP & Perrin EB. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. *The New England Journal of Medicine* 1976; 294: 582 – 588.
49. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCA, Cesse EAP, Samico IC. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013; 18 (5): 1201-1216.
50. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Instrumento para medição do desempenho das funções essenciais em saúde pública. A iniciativa “A saúde pública nas Américas”. [acesso em 26 jun 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>
51. Pluye P, Potvin L, Denis J. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*. 2004; 27: 121–133.
52. Pluye P, Potvin L, Denis J, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*. 2005; 28: 123–137.
53. Rivera FJU. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*. 1996; 12 (3): 357-372.
54. Schein EH. *Cultura organizacional e liderança*. 1.ª ed. São Paulo: Atlas; 2009.
55. Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Decreto n.º 36.622 de 08 de junho de 2011. Aprova o regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. [acesso em: 31 mai 2012] Disponível em <http://www.cepe.com.br/diario/includes/doel/box.php?ano=2011&data=20110609&caderno=1-PoderExecutivo&key=fb62b1ea43c7ae18b603e2e99a0cf929c23ab6e9>
56. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 31 de mai 2012] Disponível em <http://www.ibge.gov.br>
57. Battesini M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal [Tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
58. Brasil. Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [acesso em: 31 mai 2012] Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

59. Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Balanço de Gestão 2011.
60. Brasil. Portaria n.º 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [acesso em: 31 mai 2012] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à gestão descentralizada. Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual. Série B. Textos básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. v. 10. Brasília, DF; 2009.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise da situação de saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília, DF; 2009.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). 100 anos de Saúde Pública. A visão da FUNASA. Brasília, DF; 2004.
64. Brasil. Coleção Escola de Governo. Série trabalhos de alunos. Políticas e Gestão em Saúde. Vol. 1. Rio de Janeiro, 2004.
65. Albuquerque AC. Descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica em Pernambuco [Dissertação]. Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2013.
66. Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária. Protocolo de Elaboração do Processo de Certificação para municípios pleiteantes à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. Versão Preliminar. 2001.
67. Nunes AFC, Costa ICS, Andrade AM. Avaliação do Monitoramento das ações descentralizadas de Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia em 2006. Revista Baiana de Saúde Pública. 2010; 34 (3): 590-601.
68. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Revista Bras. Saúde Materno Infantil. 2005; (1) S53-S62.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília, DF; 2009.
70. Maraschin MS, Carraro TE. Vigilância Epidemiológica. Cogitare Enfermagem. 2001; 6 (1): 25-31.
71. Carta de Otawa [acesso em: 31 mai 2013] Disponível em http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf
72. Martins SR, Cezar-Vaz MR, Soares MCF, Sassi RM. O modelo da Vigilância à Saúde: um estudo exploratório no extremo sul do Brasil. Texto Contexto Enfermagem. 2008; 17(1): 26-35.
73. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde. Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS/2010-2011. Recife, PE; 2011.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Gerência Técnica da Doença de Chagas. Controle da Doença de Chagas. Diretrizes Técnicas. Brasília, DF; 1996.

75. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (1): S159-S172.
76. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11 (3): 553-563.
77. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2010; 18 (1): 07-18.
78. Nogueira JA, Sá LD, França UM, Almeida SA, Lima DS, Figueiredo TMRM, Villa TCS. O Sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43: (1) 125-131.
79. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias. Sistema de Informação de Notificação de Agravos – SINAN. Versão 4.2. Recife, 2013.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília, DF; 2011.
81. Gonçalves MJF, Filho ACA, Moretti-Pires RO. Completude dos dados de tuberculose no sistema de informação dos agravos de notificação, Brasil (2001-2006). *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2010; 18 (1): 187 – 190.
82. Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1): 1295 – 1301.
83. Bierrenbach AL, Gomes ABF, Noronha EF, Souza MFM. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41 (1): 24-33.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Informe Epidemiológico. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília, DF; 2008.
85. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61 (esp): 701-707.
86. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção Básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61 (esp): 716-725.
87. Lima MSM, Pomini ACM, Hinders D, Soares MPB, Mello MGS. Capacitação técnica vs. Comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2008; 16 (2): 293-306.
88. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF, Lincoln PB. Perfil dos casos de hanseníase notificados na 14ª regional de saúde do Paraná após descentralização do programa para o nível municipal. *Ciência e Cuidado da Saúde*. 2009; 81 (1): 19-26.
89. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19 (1): 119-125.
90. Teixeira AMS, Rocha CMV. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2010; 19 (3): 217-226.

91. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. IX Regional de Saúde. Coordenação do Programa de Imunização. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização – SISAPI. Versão 10.0. Ouricuri, 2013.
92. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF; 2009.
93. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. IX Regional de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Versão 3.2. Ouricuri, 2013.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF; 2011.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007. Uma análise da situação de saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF; 2008.
96. Drumond EF, Machado CJ, França E. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pelo método Grade of Membership. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23 (1): 157-166.
97. Gomes MASM, Lopes JMA, Moreira MEL, Gianini NOM. Assistência e mortalidade neonatal no setor público do município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período de 1994/2000. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21 (4): 1269-1277.
98. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2004.
99. Pernambuco. Secretária Estadual de Saúde. Secretária Executiva de Atenção em Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Manual de ações de investigações de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Óbitos Maternos. Recife, PE; 2011.
100. Pernambuco. Resolução CIB/PE n.º 1.755 de 07 de novembro de 2011. Pactua a Política de Atenção Primária no Estado de Pernambuco. [acesso em: 22 jun 2013] Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/44519963/doespe-06-06-2012-pg-17>
101. Villela MM, Pimenta DN, Lamounier PA, Dias JCP. Avaliação de conhecimentos e práticas que adultos e crianças têm acerca da doença de Chagas e seus vetores em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25 (8): 1701-1710.
102. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa para Enfrentamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco SANAR. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Recife, PE; 2013.
103. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. Scientia Medica. 2007; 17 (4): 205-211.
104. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Cadernos de Saúde Pública. 2012; 28 (3): 490-496.

105. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. *Revista Atenção Primária à Saúde*. 2009; 12 (1): 62-71.
106. Contrandiopoulos AP, Champagne F, Denis JP, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org.). *A avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-47.
107. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 643-654.
108. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9 (4): 909-920.
109. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. I - Mortes por causas naturais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002; 5 (2): 197-211.
110. Figueiroa BQ, Vanderlei LCM, Frias PG, Carvalho PI, Szwarcwald CL. Análise da cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29 (3): 475-484.
111. Brasil. Portaria n.º 201 de 03 de novembro de 2010. Regulamenta os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde, passam a ser regulamentados por esta Portaria [acesso em: 22 jun 2013] Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/prt0201_03_11_2010.html
112. Cunha CC, Campos D, França EB. Uso da busca ativa de óbitos na avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade em Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011; 20 (3): 275-286.
113. Paes NA. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41 (3): 436-445.
114. Andrade CLT, Szwarcwald CL. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000 – 2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23 (5): 1207-1216.
115. Pedraza DF. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17 (10): 2729-2737.
116. Paiva NS, Coeli CM, Moreno AB, Guimarães RM, Camargo Junior, KR. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1): 1211-1220.
117. Pereira CCB, Vidal SA, Carvalho PI, Frias PG. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2013;13 (1): 39-49.
118. Haraki CAC, Gotlieb SLD, Laurenti R. Confiabilidade do Sistema de informação sobre mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8 (1): 19-24.

119. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão. 1995.
120. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2009.
121. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Guia para Gestão da Vigilância em Saúde. Procedimentos Operacionais Padronizados. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Recife, PE; 2013.
122. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Diagnóstico Rápido nos Municípios par a Vigilância Entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil - LIRAa. Metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2009.
123. Lima EC, Vilasbôas ALQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Cadernos de Saúde Pública. 2011; 27 (8): 1507-1519.
124. Lefèvre AMC, Ribeiro AF, Marques GRAM, Serpa LLN, Lefèvre F. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do Município de São Sebastião, Litoral Norte do Estado de São Paulo, Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23 (7): 1696-1706.
125. Rangel ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. Revista Comunicação, Saúde, Educação. 2008; 12 (25): 433-441.
126. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 11 (Sup): 1259-1267.
127. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14 (5):1641-1649.
128. Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Carvalho-Gazal C, Neto OLM. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2007; 16 (1): 45-55.
129. Brasil. Portaria n.º 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. [acesso em: 25 jun 2013] Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
130. Robbins SP. Mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva; 2000.
131. Kanaane R. Comportamento Humano nas Organizações: o homem rumo ao século XXI. 2.ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
132. Andrade MTD, et al. Mudanças e inovações: novo modelo de organização e gestão de biblioteca acadêmica. Ciência da Informação. 1998; 27 (3): 311-318.
133. Serva M, Ferreira JLO. O fenômeno workaholic na gestão de empresas. Revista Administração Pública. 2006; 40 (2): 179-198.

134. Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Balanço de Gestão 2012.
135. Champagne F, Contandriopoulos A, Ste-Marie G, Moreault M, Crevier D, Prophète F, Tobal AMM, Marques AM, Dobashi BF, Gonçalves CCM, Rohde EB, Cupertino F, Ferreira MC, Souto RMA, Queiroz RP, Lahdo V, Silva WA. Avaliação Global e Integrada do Desempenho de Hospitais do Mato Grosso do Sul. Unité Santé Internationale. Institut de Recherche en Santé Publique. Université de Montréal. Nota Técnica 2012.

APÉNDICE

APÊNDICE A

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

PESQUISA:

Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica em uma Regional de Saúde no
Estado de Pernambuco.

Instrumento de Coleta de Dados – ROTEIRO – DADOS SECUNDÁRIOS

Alcance de Metas				
Indicador	Valor encontrado	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	Fonte de verificação
1. % de casos de Tuberculose com encerramento informado.		$\geq 90\% = 2$ ≤ 89 a $50\% = 1$ $\leq 49\% = 0$		SINAN
2. % de casos de Tuberculose curados.		$\geq 75\% = 2$ ≤ 74 a $54\% = 1$ $\leq 53\% = 0$		SINAN
3. % de casos detectados de Hanseníase em relação aos esperados.		$\geq 90\% = 2$ ≤ 89 a $50\% = 1$ $\leq 49\% = 0$		SINAN
4. % de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da coorte.		$\geq 85\% = 2$ ≤ 84 a $54\% = 1$ $\leq 53\% = 0$		SINAN
5. Cobertura vacinal da Tetravalente (DPT + Hib) em crianças menores de um ano.		$\geq 95\% = 2$ ≤ 94 a $90\% = 1$ $\leq 89\% = 0$		SIAPI
6. Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.		$\geq 20 = 0$ ≤ 19 a $10 = 1$ $\leq 9 = 3$		SIM
7. % dos óbitos fetais investigados no módulo web do sistema.		$\geq 30\% = 2$ ≤ 29 a $19\% = 1$ $\leq 18\% = 0$		SIM WEB
8. % dos óbitos menor de um ano investigados no módulo web do sistema.		$\geq 40\% = 2$ ≤ 39 a $29\% = 1$ $\leq 28\% = 0$		SIM WEB
9. % dos óbitos maternos investigados no módulo web do sistema.		$100\% = 2$ ≤ 99 a $50\% = 1$ $\leq 49\% = 0$		SIM WEB
10. % de municípios que possuem Postos de Informação de Triatomíneo – PIT's		$\geq 50\% = 2$ ≤ 49 a $29\% = 1$ $\leq 28\% = 0$		Questionário
11. N.º de casos de sífilis congênita notificados.		$44 = 2$ ≤ 43 a $15 = 1$ $\leq 14 = 0$		SINAN
12. % de Doenças de Notificação Compulsória – DNC com encerramento oportuno.		$\geq 80\% = 2$ ≤ 79 a $60\% = 1$ $< 59\% = 0$		SINAN
SOMATÓRIO				

Produção				
13. Cobertura do SIM.		$\geq 90\% = 2$ $\leq 89\% \text{ a } 60\% = 1$ $\leq 59\% = 0$		SIM
14. Cobertura do SINASC.		$\geq 95\% = 2$ $\leq 94\% \text{ a } 75\% = 1$ $\leq 74\% = 0$		SINASC
15. % de óbitos com causa básica definida.		$\geq 95\% = 2$ $\leq 94 \text{ a } 80\% = 1$ $\leq 79\% = 0$		SIM
16. Índice de Infestação Predial – IPP.		$\leq 1\% = 2$ $\geq 1,1 \text{ a } 3,9\% = 1$ $\geq 4\% = 0$		SISFAD
17. % de municípios que notificaram no SINAN casos de violência doméstica, sexual e outras violências.		$\geq 50\% = 3$ $\leq 49 \text{ a } 39\% = 2$ $\leq 38 \text{ a } 28\% = 1$ $\leq 27\% = 0$		SINAN
18. % dos casos graves e óbitos suspeitos por Dengue investigados.		$100\% = 2$ $\leq 99 \text{ a } 50\% = 1$ $\leq 49\% = 0$		SINAN
19. N.º de municípios com envio regular do SIM.		$11 = 2$ $\geq 8 \text{ a } 10 = 1$ $< 7 = 0$		SIM
SOMATÓRIO				

Adaptação

Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	Fonte de Verificação
20. Foram realizados eventos científicos pela Regional que incluíram experiências em Vigilância Epidemiológica? a.() Sim b.() Não	a. Sim (1 ou mais) = 2 b. Não = 0		Questionário
21. Existem projetos intersetoriais internos e/ou externos promovidos e/ou em parceria com a Regional que incluam a participação da Vigilância Epidemiológica? a.() Sim b.() Não Quais, especifique? _____ _____	a. Sim (1 ou mais) = 2 b. Não = 0		Questionário
20. Existe na Regional Comitê/Grupo Técnico de Estudos de Mortalidade Materna em funcionamento? a.() Sim b.() Não	a. Sim = 2 b. Não = 0		Ata das reuniões
21. Existe na Regional Câmara Técnica da Vigilância em Saúde em funcionamento na Comissão Intergestores Regional – CIR? a.() Sim b.() Não	a. Sim = 2 b. Não = 0		Ata das reuniões
22. Quanto do Recurso Financeiro do Teto da Vigilância em Saúde – TFVS foi executado/utilizado no ano de 2011? Valor encontrado: _____ %: 100%	$\geq 80\% = 2$ $\geq 51\% \text{ a } 79\% = 1$ $\leq 50\% = 0$		Questionário
23. Quantos profissionais atuam no trabalho interno na Vigilância Epidemiológica na Regional? Quantidade:	$\geq 20 = 3$ $\leq 19 \text{ a } 15 = 2$ $\leq 14 \text{ a } 6 = 1$ $\leq 5 = 0$		Questionário
24. Quantos veículos existem para uso de Vigilância Epidemiológica? Quantidade:	$\geq 4 = 2$ $\leq 3 \text{ a } 2 = 1$ $\leq 1 = 0$		Questionário
25. Quantos computadores, integrados à internet existem para uso de Vigilância Epidemiológicas? Quantidade:	$\geq 5 = 2$ $\leq 4 \text{ a } 3 = 1$ $\leq 2 = 0$		Questionário
26. Quantas impressoras existem para uso de Vigilância Epidemiológica? Quantidade:	$\geq 3 = 2$ $2 = 1$ $1 = 0$		Questionário
27. Quantos ramais existem para uso de Vigilância Epidemiológica? Quantidade:	$\geq 3 = 2$ $2 = 1$ $1 = 0$		Questionário
28. Quantas salas existem para uso da Vigilância Epidemiológica? Quantidade:	$\geq 3 = 2$ $2 = 1$ $1 = 0$		Questionário

29. Quantos Boletins/Informes epidemiológicos foram produzidos e encaminhados aos municípios/sociedade civil/imprensa? Quantidade:	$\geq 2 = 2$ $1 = 1$ $0 = 0$		Questionário
SOMATÓRIO			
Produção			
30. Quantas reuniões técnicas da Vigilância epidemiológica foram realizadas com os municípios da regional? Quantidade:	$\geq 6 = 2$ $\leq 3 \text{ a } 5 = 1$ $\leq 1 = 0$		Ata das reuniões
31. Quantas supervisões foram realizadas nos município da regional? Quantidade:	$\geq 4 = 2$ $\leq 3 \text{ a } 1 = 1$ $0 = 0$		Relatório de Supervisão
32. Quantas reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR ocorreram com pauta da VE? Quantidade:_____	$\geq 4 = 2$ $\leq 3 \text{ a } 2 = 1$ $\leq 1 = 0$		Ata das reuniões
33. Quantas reuniões integradas da Vigilância Epidemiológica com Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Ambiental foram realizadas? Quantidade:	$\geq 12 = 2$ $\leq 11 \text{ a } 5 = 1$ $\leq 4 = 0$		Questionário
34. Quantos meios de diagnóstico laboratoriais estão disponíveis na Regional para diagnóstico dos principais agravos da vigilância epidemiológica? Quantidade: Quais são?	$\geq 5 = 2$ $\leq 4 \text{ a } 3 = 1$ $< 2 = 0$		Questionário
SOMATÓRIO			

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

PESQUISA:

Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica em uma Regional de Saúde no
Estado de Pernambuco.

Código do questionário: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Identificação do Entrevistado

Nome: _____

Maior titulação (concluída):

- a. () Graduação b. () Especialização c. () Mestrado d. () Doutorado
e. () Pós-doutorado

Especificar: _____

Tempo que trabalha na IX GERES (em meses): _____

Função na IX GERES: _____

Local de trabalho na IX GERES: _____

Manutenção de Valores			
Indicador	Pontuação esperada	Pontuação Obtida	Observações
35. A Regional incentiva os funcionários da Vigilância Epidemiológica a participarem de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupa? a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre	a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2		
36. A Regional define ou verbaliza quais são as expectativas relativas ao desempenho de cada profissional da Vigilância Epidemiológica? a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre	a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2		
37. A Regional realizou ou realiza periodicamente avaliações de desempenho, com vistas a medir alcance de metas, grau de satisfação, com os profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica? a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre	a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2		

<p>38. O relacionamento com a equipe de trabalho na Vigilância Epidemiológica oferece oportunidade de criação de novos vínculos (é amigável, prazeroso)?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		
<p>39. O ambiente de trabalho na Regional é acolhedor (é estimulante, receptivo, agradável)?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		
<p>40. Você observa que existe uma possibilidade de melhoria das ações desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica por aderir a novas tecnologias (novos procedimentos, insumos, equipamentos)?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		
<p>41. Existe por parte da Regional estímulo à promoção de cargos ou melhoria salarial (gratificações)?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		
<p>42. A Regional oferece os meios (insumos, equipamentos e transportes) adequados para execução das atividades da Vigilância Epidemiológica?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		
<p>43. A Regional proporciona autonomia ao profissional para realização das tarefas desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		
<p>44. A comunicação na Regional é transparente e compartilhada por todos os funcionários?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		

<p>45. Existem protocolos e/ou regimentos desenvolvidos pela Regional que descrevem por função as atividades que devem ser desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 2</p>		
<p>46. Você, enquanto profissional tem desenvolvido na instituição todo potencial (experiências e aprendizagens) que poderia oferecer-lhe ou a dedicação ao trabalho poderia ser melhor desenvolvida?</p> <p>a. () Nunca b. () Algumas vezes c. () Sempre</p>	<p>a. Nunca = 0 b. Algumas vezes = 1 c. Sempre = 3</p>		
SOMATÓRIO			

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica em uma Regional de Saúde no Estado de Pernambuco.

Instituição: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é: Avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica na IX Regional de Saúde no Estado de Pernambuco.

Para desenvolver essa pesquisa, serão realizadas análises de documentos e entrevistas sobre a vigilância epidemiológica, como as ações são desenvolvidas e sobre seus resultados no âmbito da IX Regional de Saúde.

A sua contribuição será muito importante para o desenvolvimento da pesquisa e o senhor(a) tem garantido:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado(a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.

Caso tenha necessidade de tirar dúvidas acerca do assunto da pesquisa, pode entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP através dos contatos citados ao final deste documento.

Esclarecemos ainda que os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros técnicos e científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos, reuniões técnicas e científicas.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá permanecer com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____entendi o conteúdo deste termo de consentimento e aceito participar da pesquisa acima referida como entrevistado.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Pesquisador responsável: Danyella Kessea Travassos Torres de Paiva

E-mail: kdanyt@yahoo.com

Demais pesquisadores participantes da pesquisa:

Isabella Chagas Samico: (81) 2122-4147

E-mail: isabella@imip.org.br

Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do IMIP: (81) 2122-4756


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 **3393- 13** intitulado “**Avaliação de desempenho da vigilância em saúde: o caso da vigilância epidemiológica na IX regional de saúde no Estado de Pernambuco**”. Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Isabella Chagas Samico** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 20 de fevereiro de 2013.

Recife, 21 de fevereiro de 2013


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

