



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

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MONIK SILVA DUARTE

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA NAS REGIÕES DE SAÚDE EM
PERNAMBUCO NO ANO DE 2012**

**RECIFE - PE
2014**

MONIK SILVA DUARTE

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA NAS REGIÕES DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO NO ANO DE 2012**

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: Institucionalização da Avaliação em Saúde

Orientador: Dr. Eronildo Felisberto

Co-orientador: Msc. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

**RECIFE - PE
2014**

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

D812a Duarte, Monik Silva

Avaliação do desempenho da vigilância epidemiológica / Monik Silva Duarte ; orientador Eronildo Felisberto ; coorientadora Juliana Martins Barbosa da Silva Costa. – Recife: Do Autor, 2014.

81 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2014.

1. Vigilância Epidemiológica. 2. Avaliação de Desempenho. 3. Descentralização. I. Felisberto, Eronildo, orientador. II. Costa, Juliana Martins Barbosa da Silva, coorientadora. III. Título.

CDD 614.4

MONIK SILVA DUARTE

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA NAS REGIÕES DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO NO ANO DE 2012**

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 2014

BANCA EXAMINADORA

Ana Cláudia Figueiró – Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

Nome e Instituição do participante **externo**

Paulo Germano de Frias – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP

Nome e Instituição do participante **interno**

Eronildo Felisberto -Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP

Nome e Instituição do **orientador**

DEDICATÓRIA

Com todo meu amor, carinho e respeito à minha família que me ama e sempre me incentiva na realização dos meus projetos de vida;

Aos meus queridos amigos e familiares;

A todos os profissionais que usam, lutam e qualificam a avaliação em saúde.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos:

A Deus, pelas orientações, força e bênçãos.

À minha mãe, **Anita Pinheiro**, pelo amor, apoio incondicional e por ser uma referência na vida acadêmica.

Ao meu pai, **Mauro Fernando Duarte**, pelo amor e por palavras carinhosas que me incentivam e me acalentam.

Aos meus irmãos e sobrinhos, **Manuela Duarte, Luís Fernando Duarte, Lucas Duarte, Melissa e Sofia** pelo companheirismo, apoio e carinho. Sempre posso contar com vocês.

A **Eronildo Felisberto**, pela orientação, contribuição e incentivo nos ensinamentos na área de avaliação em saúde; por ser uma referência de disciplina, criatividade e compromisso na minha vida acadêmica e profissional.

A **Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, Jú**, pela orientação, apoio e força na construção e contribuição deste estudo; pelo exemplo de dedicação profissional e modelo de compromisso com a educação e pesquisa na saúde coletiva, e em especial na avaliação e monitoramento em saúde. Com todo o meu respeito e admiração.

Aos meus colegas de turma, por participarem desse momento tão importante, e tornarem a convivência diária tão harmoniosa e agradável;

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

A **Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco**, em especial a **Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde** que forneceram dados, apoio técnico e logístico para esta dissertação.

Aos **Coordenadores de Vigilância em Saúde das Gerências Regionais de Saúde** do estado de Pernambuco que consentiram a participar deste estudo.

A toda a equipe da **Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde - DGPMAS**, pela força, torcida e apoio.

A **Paulo Lopes Farias Segundo**, por seu carinho, amor e força nesta trajetória. Obrigada por sempre acreditar em mim. Você foi muito importante nesta caminhada.

Às minhas amigas **Anne Caroline Furtunato Queiroz, Conchita Salazar e Roberta Costa** pela amizade, força e carinho sempre! Amo vocês.

Às **minhas amigas da residência multiprofissional em saúde coletiva (UPE 2007-2009)**, pelo carinho, força e admiração que nos une.

A **Geórgia Patrícia**, por sua amizade e torcida.

A **Tereza Ignês** pelo apoio em horas difíceis e sua amizade sincera.

A **Carmen Dhalia** por me apresentar o mundo da avaliação e monitoramento na saúde, e por ser uma referência pessoal e profissional na minha vida.

A **Mércia Rodrigues, Fernanda Eskinazi, Célia Vasconcelos, Dirce Pereira** pela amizade sincera e apoio nos momentos mais difíceis. Vocês fazem parte dessa conquista.

A **Isabela Maciel e Paula Jácome** pela ajuda, pelo incentivo, torcida e amizade na realização deste projeto. Com carinho, meninas brilhantes.

A banca examinadora, **Paulo Germano de Frias e Ana Cláudia Figueiró**, pela disponibilidade de participar e pelas valiosas contribuições acerca da dissertação.

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

“Tudo pode mudar, se você escolher um caminho diferente”.

Autor desconhecido

Mudanças e avanços conceituais vêm ampliando o objeto da vigilância epidemiológica (VE), gerando transformações institucionais e operacionais. Contudo, a mesma ainda apresenta desafios na descentralização/regionalização, eficiência, quantidade e qualidade das ações, necessitando de estratégias de monitoramento e avaliação em saúde, para fortalecer a gestão. O presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho da VE nas regiões de Saúde do estado de Pernambuco. Para tanto, delimitou-se o objeto de estudo com a construção do modelo lógico da VE em âmbito regional, depois sua estruturação e adaptação para o modelo de desempenho multidimensional de *Avaliação global e Integral do desempenho de Sistemas de saúde- EGIPSS*. Esse Modelo define quatro funções essenciais (adaptação, alcance de metas, produção e manutenção de valores) e dimensões específicas para cada função. Como produto obteve-se o modelo integrador da VE e a matriz de julgamento do desempenho. Nesta a partir das definições das funções e dimensões de desempenho escolhidas foram elencados os indicadores, os parâmetros, as fonte de verificação e a pontuação esperada. Identificou-se quanto às funções, um bom desempenho para a adaptação, regular para as alcance de metas e produção e baixo para a manutenção de valores. Entre as regiões, (50,0%) apresentaram um desempenho global regular, (33,3%) bom e (16,7%) baixo. A média das regiões reflete um desempenho global considerado regular (60,3%). As principais fragilidades encontradas nas funções/dimensões elencadas referem-se ao contexto organizacional com um desempenho baixo (48,0%), bem como na eficácia (52,3%), qualidade (61,4%) e produtividade (63,9%) das ações da VE. Assim, o estudo além de classificar e identificar diferenças no desempenho regional, também forneceu informações que podem auxiliar na reflexão, na tomada de decisão e no delineamento de novas estratégias de intervenção.

Descritores: Vigilância epidemiológica; Avaliação de desempenho; Descentralização.

ABSTRACT

Changes and conceptual advances have broadened the object of surveillance (VE), generating institutional and operational transformations. However, it still presents challenges in decentralization/regionalization, efficiency, quality and quantity of shares, requiring strategies for monitoring and evaluation in health, to strengthen management. The present study aimed to evaluate the performance of the LV regional health state of Pernambuco. To do so, was delimited object of study with the construction of the logical model of the LV at the regional level , then structuring and adaptation to model multidimensional performance evaluation of global and integral performance of health systems- EGIPSS. This model defines four essential functions (adaptation, goal attainment, and maintenance of production values) and specific dimensions for each function. As product afforded the integrative model of VE and judging the performance matrix. This from the definitions of the functions and dimensions of selected performance indicators, parameters, source verification and the expected score were listed. It was identified as the functions, good performance to adapt, adjust to the achievement of goals and production and to maintain low values. Between regions (50.0%) had a good regular low overall performance (33.3%) and (16.7%). The average of the regions reflects an overall performance as regular (60.3%). The major weaknesses found in functions/ dimensions listed refer to the organizational context with a low performance (48.0%), as well as the effectiveness (52.3%), quality (61.4%) and productivity (63.9%) of the shares of VE. Thus, the study also aimed to classify and identify differences in regional performance, also provided information that may assist in reflection, decision making and in the design of new intervention strategies.

Descriptors: Surveillance, Performance Evaluation, Decentralization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	18
Figura 2	Representação esquemática das responsabilidades de cada esfera de gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	21
Figura 3	Linha do tempo dos instrumentos de regulamentação das ações da vigilância em saúde	22
Figura 4	Representação esquemática do Balanced Scorecard ou “quadro de controle”	27
Figura 5	O modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde	28
Figura 6	Regiões de Saúde do estado de Pernambuco em 2012	33
Figura 7	Modelo lógico simplificado da vigilância epidemiológica, no âmbito regional em Pernambuco, 2012	36
Figura 8	Modelo Integrador da vigilância epidemiológica, no âmbito regional, adaptada do modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde	37

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Características dos marcos conceituais na avaliação de desempenho dos sistemas de saúde propostos pelos organismos internacionais	25
QUADRO 2	Definições dos equilíbrios do desempenho do modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde	28
QUADRO 3	Regiões de saúde, municípios sedes, número de municípios e população, Pernambuco, 2012	34
QUADRO 4	Funções e dimensões escolhidas para o modelo integrador da vigilância epidemiológica em âmbito regional	37
QUADRO 5	Matriz de julgamento do desempenho do modelo integrador da vigilância epidemiológica em âmbito regional	40
QUADRO 6	Escores para classificação do desempenho regional da vigilância epidemiológica	46

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS (ARTIGO CIENTÍFICO)

FIGURA 1	Modelo lógico simplificado da vigilância epidemiológica no âmbito regional em Pernambuco, 2012	60
FIGURA 2	O modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde	61
FIGURA 3	Análise relacional da função com desempenho insatisfatório nas demais funções do modelo integrador da vigilância epidemiológica regional	64
QUADRO 1	Componentes da matriz de julgamento da vigilância epidemiológica Regional. Pernambuco, 2012	62
TABELA 1	Classificação do desempenho global e das 12 Regiões de Saúde por função e dimensões, Pernambuco, 2012	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
Cievs	Centro de Informação Estratégia de Vigilância em Saúde
Coap	Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DPS	Diretoria de Planejamento em Saúde
EGIPSS	<i>Èvaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Geres	Gerências Regionais de Saúde
Imip	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan – Americana de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PMAQ-A	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica
PNCD	Plano Nacional de Controle da Dengue
PPI	Programação Pactuada Integrada
PQAVS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PRO- ADESS	Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UVE	Unidades de Vigilância Epidemiológica
VE	Vigilância Epidemiológica
SIM	Sistema de Informação de mortalidade
Sinasc	Sistema de informação sobre nascidos vivos
Sinan	Sistema de Informação sobre agravos de notificação

APRESENTAÇÃO

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

Esta pesquisa, em acordo com os objetivos do programa de Pós-graduação, tem como finalidade avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica (VE) nas 12 regiões de Saúde do estado de Pernambuco no ano de 2012. Com ela pretende-se: identificar o desempenho da VE regional e no estado; contribuir para análise e compreensão dos elementos que afetam o desempenho regional da VE e propor mecanismos e estratégias de fortalecimento na gestão da VE regional em Pernambuco.

No percurso metodológico, primeiramente delimitou-se o objeto de estudo com a construção do modelo lógico da VE em âmbito regional. Em seguida, a partir dos componentes do modelo lógico, houve a estruturação e adaptação para o modelo multidimensional de *Avaliação global e Integral do desempenho de Sistemas de saúde-EGIPSS*, proposto por Champagne et al., (2005), essa etapa teve como produtos o modelo integrador da VE e a matriz de julgamento do desempenho. Nesta a partir das definições das funções e dimensões de desempenho escolhidas foram elencados os indicadores, os parâmetros, as fonte de verificação e a pontuação esperada. Com base nesta matriz, elaborou-se um questionário estruturado que foi aplicado para os coordenadores de vigilância em saúde das doze GERES do estado de Pernambuco.

A introdução aborda a estruturação da vigilância epidemiológica descrevendo o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), em seguida, como as ações e os serviços da VE vêm sendo trabalhados no contexto da descentralização e regionalização, e por fim, serão apresentados tópicos sobre a institucionalização da avaliação em saúde, a avaliação em saúde com foco no desempenho e os modelos de desempenho organizacional.

Nas demais divisões serão encontradas: a justificativa, as perguntas avaliativas, os objetivos, a metodologia, os resultados e discussão que serão apresentados em formato de artigo a ser submetido à revista científica Cadernos de Saúde Pública; as considerações finais; as recomendações; as referências; os apêndices e os anexos.

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS E QUADROS	
LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS (ARTIGO CIENTÍFICO)	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 A ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	17
1.2 A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	20
1.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO.....	23
1.4 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE COM FOCO NO DESEMPENHO.....	26
1.5 MODELOS DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.....	29
2. JUSTIFICATIVA	33
3. PERGUNTA AVALIATIVA	34
4. OBJETIVOS	35
4.1 OBJETIVO GERAL	35
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5. METODOLOGIA	36
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	36
5.2 LOCAL DE ESTUDO	41
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	42
5.4 PERÍODO DO ESTUDO.....	42
5.5 FONTE E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	42
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	43
5.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	43
7. RESULTADOS - ARTIGO CIENTÍFICO	45
7.1 INTRODUÇÃO	48
7.2 MÉTODO	49
7.3 RESULTADOS.....	51
7.4 DISCUSSÃO	52
7.5 REFERÊNCIAS.....	55
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
9. RECOMENDAÇÕES.....	64
10. REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES.....	71
APÊNDICE 1- MODELO LÓGICO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NAS REGIÕES DE SAÚDE EM PERNAMBUCO.....	71
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA (QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO)	75
APÊNDICE 3 –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	79
ANEXOS	81
ANEXO 1- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DO IMIP	81

1. INTRODUÇÃO

1.1 A estruturação da Vigilância Epidemiológica no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

O Sistema¹ Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) constitui-se em um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS). Este se configurou a partir de um contexto de importantes mudanças institucionais e políticas como: a criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenipe), em 1990; a institucionalização do SUS e a estruturação do financiamento das ações de vigilância e controle de doenças, em 1988, e mais recentemente, em 2003, pela criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (PAIM, 2003; BRASIL, 2006).

O SNVS tem como objetivo analisar a situação de saúde da população e articular-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde em determinado território, garantindo a integralidade da atenção com abordagens individuais e/ou coletivas dos problemas de saúde (SILVA JÚNIOR, 2004; BRASIL, 2010).

Nas suas atividades, este subsistema abrange ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde e está dividido em cinco componentes: vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária. Os quatro primeiros componentes estão sobre a responsabilidade da SVS e o último sob o encargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como mostra a Figura 1 (BRASIL, 2009).

Nesta composição organizacional encontra-se um dos componentes da vigilância em saúde: a **vigilância epidemiológica (VE)**, que é composta pela vigilância das doenças transmissíveis e das doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Esta ao longo dos anos vem apresentando transformações importantes, no seu conteúdo, saberes e práticas no campo da saúde coletiva (ARREAZA; MORAES, 2010).

¹**Sistema:** é o conjunto de subsistemas que cumprem suas funções obedecendo, cada um deles, as leis específicas, constituindo-se de atividades inter-relacionadas; é mais que a soma das partes e busca atingir um objetivo comum, podendo partir de condições diversas (BRASIL, 2010).

Figura 1-Componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**Sistema Único de Saúde**

Fonte: Brasil, 2010.

No Brasil, a história da VE começa a ganhar destaque na década de 60, com a campanha de erradicação da varíola^{II}, marcada pela notificação e disseminação de informação nas unidades de vigilância epidemiológica (UVE) no interior das secretarias estaduais de saúde, contribuindo para os seus primeiros passos na formulação, configuração e difusão do conceito de VE no cenário nacional (CHAGAS, 2008).

Só em 1975, com a V Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) por meio da promulgação da Lei (nº 6.259/75 e do Decreto nº 78.231/76) que tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis, instituindo-se a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de doenças para todo o território nacional (PAIM, TEIXEIRA, 1992; BRASIL, 2005). Para Santana e Trindade (2011) o SNVE teve seu início caracterizado por uma estrutura conformada na centralização, hierarquização e autoritarismo designada ao controle das doenças transmissíveis.

Já na década de 1990, no contexto de redemocratização do País e com a criação do SUS pela Constituição Federal e sua regulamentação pela Lei Nº 8.080/90, com base em

^{II} O programa foi baseado em campanhas de imunização em massa, vigilância (com enfoque na notificação) e na contenção dos casos notificados (CHAGAS, 2008).

um conceito ampliado de saúde, é que começa a surgir uma VE com objetivos mais ampliados, descentralizados e focados em ações de promoção, prevenção e fatores de risco incluindo as doenças e agravos não transmissíveis. Esta lei define a VE 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”* (BRASIL, 1990).

Mas, para que as ações da VE pudessem se efetivar, diante deste novo contexto e conceito, muitas mudanças e readequações legais e operativas ocorreram, principalmente pela necessidade de adequação aos princípios da descentralização e integralidade no SUS (PAIM, 2003). Entre essas se destacam a publicação da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) que garantiu o repasse fundo a fundo de recursos para ações exclusivas de vigilância e controle das doenças e a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399 de 1999 que impulsionou o processo de descentralização da VE ao regulamentar as competências e o financiamento entre a União, Estados e Municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, com suas subseqüentes atualizações, Portarias nº 1.172/2004 e nº 3.252/2009 (BRASIL; 2011) e em 2013 com a vigente nº 1.378 (BRASIL, 2013).

De acordo com a Portaria vigente, entre as funções da vigilância em saúde incluindo a VE estão: a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; a vigilância dos agravos crônicos não transmissíveis, dos acidentes e violência; a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para as respostas às emergências de saúde pública; a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidos em serviços de saúde públicos e privados, nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e na própria comunidade.

Mesmo com este aporte legal, a operacionalização dessas funções não é tarefa fácil, pois compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade, qualidade e efetividade.

Para a VE atingir seus fins, além de profissionais qualificados, tecnologia e infraestrutura, faz-se necessário um processo de trabalho dinâmico com um conjunto de atividades ordenadas, complexas e hierarquizadas, destinadas a conseguir informações

estratégicas para a detecção, controle e prevenção apropriada das possíveis alterações dos condicionantes de saúde (ARREAZA et al., 2010).

Apesar dos investimentos realizados e dos avanços institucionais, conceituais e metodológicos, a VE apresenta desafios quanto à eficiência, quantidade e qualidade das ações realizadas, e requer assim, um leque de estudos e pesquisas na área de avaliação em saúde, com a intenção de fortalecer os processos de gestão, descentralização e regionalização da VE.

1.2 A descentralização e regionalização no contexto da vigilância epidemiológica

A descentralização dos serviços e ações de saúde e da sua gestão para o município é um dos princípios organizativos do SUS. Essa estratégia rege, do nível federal para as outras esferas de gestão, a transferência de competências, responsabilidades, recursos técnicos e financeiros, proporcionando assim, maior acesso dos usuários aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Inicialmente a estratégia foi voltada para ações e serviços de saúde com caráter assistencialista na saúde individual, só depois, no campo de natureza coletiva (incluindo a vigilância, a prevenção e o controle das doenças) começa o processo de descentralização de ações, restritas primeiramente aos componentes da esfera federal e estadual, seguindo no final dos anos de 1990 para o nível municipal (BRASIL, 2006; SILVA JÚNIOR, 2004).

Dois pontos históricos desencadearam o processo de descentralização da gestão da VE. O primeiro foi a implementação, em 1999, da Portaria nº 1.399 que regulamenta a NOB 01/96 e o segundo a institucionalização da SVS em 2003. Dessa forma, institui-se as competências das esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) e a sistemática do financiamento da VE (DE SETA, 2007).

Em linhas gerais, a descentralização do SNVS, incluindo os seus componentes, entre eles a VE, caberia à União, o lançamento das normas gerais para o setor; aos estados, a coordenação, avaliação e intermediação das normas elaboradas pela união e, aos municípios, a execução de maneira adequada às suas condições e prioridades locais. Já com relação ao financiamento, os recursos são transferidos fundo-a-fundo para as secretarias estaduais e municipais de saúde, que têm autonomia técnica, administrativa e financeira para o desenvolvimento das suas funções (BRASIL, 2010), conforme pode ser visualizado na Figura 2.

Figura 2. Representação esquemática das responsabilidades de cada esfera de gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde



Fonte: Brasil, 2010.

Santos (2010) considera que todo o processo de descentralização da gestão da VE teve um caráter burocrático e vertical, pois os estados e municípios assumiam as ações por mecanismos de indução do governo federal. Mesmo assim, a institucionalização da descentralização da Vigilância em Saúde, incluindo a VE, revela, ao longo do tempo, alguns efeitos positivos como: um incremento da capacidade institucional com melhor gerenciamento, planejamento e avaliação nos estados e municípios; maior agilidade nas respostas epidemiológicas em situações rotineiras ou inesperadas e o fortalecimento de espaços de cooperação para práticas mais efetivas.

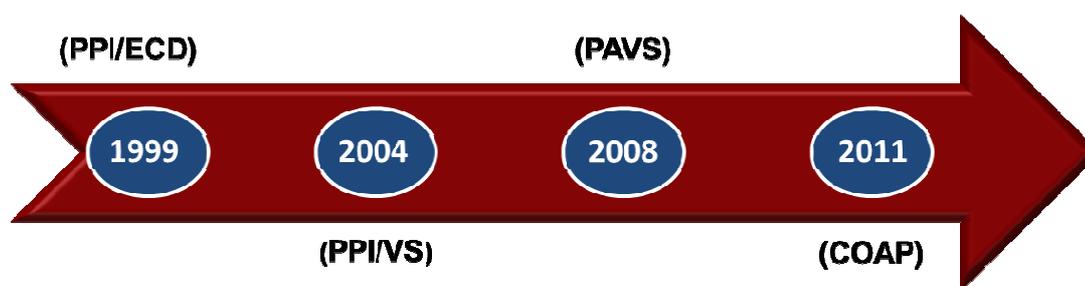
Esta evolução, nos últimos doze anos, está atrelada aos intensos processos de implementação do próprio sistema de saúde que contempla reformulações institucionais, mudanças no financiamento da saúde e publicações de normas e portarias.

Vários instrumentos, conforme pode ser visualizado na Figura 3, foram utilizados na vigilância em saúde com o intuito de promover a pactuação das principais atividades e metas para o controle e prevenção de doenças a serem desenvolvidas por todas as secretarias estaduais e municipais de saúde do país, com o objetivo de diminuir os índices de morbimortalidade, aumentar a qualidade de vida e garantir o acesso da população aos serviços de saúde. O primeiro desses instrumentos foi lançado em 1999 com a

Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (*PPI/ECD*), que foi alterada para Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (*PPI/VS*) em 2004, e substituída a partir de 2008 pela Programação das Ações de Vigilância em Saúde (*PAVS*) que esteve em vigor até o ano de 2011 (OLIVEIRA, 2009).

Em 2011, com a promulgação do Decreto Federal nº 7.508, que regulamenta alguns aspectos da lei nº 8.080/90, as ações de VE, foram incluídas no Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde (Coap), que propõe um novo modelo de relação interfederativa, possibilitando maior organização e integração das ações e serviços de saúde da rede regionalizada e hierarquizada nas regiões de saúde, com definições de responsabilidades, indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros que serão disponibilizados por cada ente federativo (BRASIL, 2011).

Figura 3. Linha do tempo dos instrumentos de regulamentação das ações da vigilância em saúde.



Fonte: Adaptado de Oliveira, 2009.

Com o Coap as ações de VE poderão ficar mais apoiadas e fortalecidas nas regiões de saúde, seguindo a diretriz do SUS da regionalização que “orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006). Além de abarcar em seu conceito a territorialização, a garantia do acesso e a integração dos municípios em regiões nos estados.

As regiões de saúde, conforme o Decreto nº 7.508/2011, configuram-se como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Estes foram instituídos pelo Estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Em 2011, o Brasil apresentava um total de 449 regiões de saúde. Diferente do ano de 2012, quando contava com 435 regiões, efeito do decreto 7.508/2011, que provocou

mudanças (reduções e aumento) nas configurações nas regiões de saúde nos estados (BRASIL, 2012).

Na realidade Pernambucana, as Regiões de Saúde, configuram-se como Gerências Regionais de Saúde (Geres). Estas foram instituídas em 2002, sob a coordenação da Diretoria de Planejamento em Saúde (DPS), em parceria com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Como estratégia metodológica, foram realizadas Seminários Regionais, nos quais foram configurados 11 regiões de saúde (PERNAMBUCO, 2002). Devido ao processo de desenvolvimento, em 2012, foi acrescido mais uma região, totalizando 12 Geres.

Neste processo de regionalização, Guimarães (2005) sinaliza para que a proposta não se transforme apenas em uma unidade espacial de intervenção e controle do Estado. Mas sim, de provocar avanços na organização dos serviços de saúde com a conformação de redes hierarquizadas de serviços; com o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipal, cujo objetivo seja garantir a integralidade da assistência e do acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2002).

Souza (2001) aborda como um dos pontos que visa contribuir para o processo de regionalização em saúde, o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais com o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação.

Na função avaliação, Hartz e Ferrinno (2011) nos revela como uma das melhores alternativas para se obter informações sobre a efetividade de um sistema de saúde, pois racionaliza na sua prática essencial as atividades e as decisões em matéria de alocação de recursos. Contudo, para isso ocorrer, é interessante que a avaliação assuma um caráter institucional.

1.3 A institucionalização da Avaliação

A atividade de avaliar, apesar de antiga, ainda se apresenta como um desafio nos serviços e nas instituições de ensino e pesquisa. Muito embora, venha ocorrendo e crescendo em importância nas ações individuais e coletivas e na definição de políticas, permeando os programas e fortalecendo profissionais e gestores em seus atos e decisões.

Crescimento que pode estar relacionado diretamente com a sua capacidade de reger informações estratégicas que buscam guiar intervenções com objetivos claros e definidos, permitindo assim subsidiar a formulação de políticas com responsabilidades, eficiência e

efetividade nos serviços (GERTLER, 2007; FELISBERTO et al., 2008). Para Denis (2010) a avaliação é um elemento alinhador de processos na construção de problemas e soluções, além de contribuir para a compreensão da realidade e para a tomada de decisão.

Com base nas informações fornecidas pela avaliação, há uma ampla concordância de que as decisões sejam acompanhadas de avaliações sistemáticas, como também de fazer parte da rotina, permitindo assim uma aproximação com a institucionalização da avaliação, com uma verdadeira cultura de avaliação e principalmente que as decisões sejam tomadas com base em evidências comprovadas (CONTRADIOPOULOS, 2006).

Na área da saúde, observa-se um movimento concreto no sentido de promover a institucionalização da avaliação no âmbito das organizações de forma a consolidar, criar e manter processos de gestão ao longo do tempo (GERTLER, 2007; FELISBERTO et al., 2008). Pois, segundo Alves (2008) a institucionalização da avaliação na área da saúde pública pode ser entendida como uma intervenção para aumentar a capacidade de governo, com vistas à melhoria de seu projeto político, contribuindo, assim para a governabilidade do sistema de saúde.

Dentre as diversas modalidades e concepções sobre a institucionalização da avaliação, encontra-se a proposta por Hartz (1999) “[...] *institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação [...]*”. Corroborando com Felisberto (2004) o qual sugere que “*a avaliação tem o sentido de se incorporar à rotina das organizações de saúde, acompanhando todo processo de planejamento e gestão das políticas e programas*”. No entanto, questiona-se a real capacidade dessa institucionalização de promover a inclusão da avaliação no cotidiano dos serviços e dos profissionais, além do impacto dessas iniciativas na qualidade dos serviços de saúde e nas condições de saúde da população (FELISBERTO, 2004).

O importante é considerar que a efetividade e utilidade dos dispositivos e dos processos avaliativos na instituição devem ser capazes de prover informações científicas válidas e de cunho social legítima sobre as intervenções programáticas ou seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, fazer julgamentos diferentes, se posicionarem e construir um julgamento capaz de ser transformado em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Historicamente, a partir da década de 60 iniciou-se a incorporação da avaliação como uma política governamental, decorrente da criação de programas de ajuda a países em desenvolvimento e programas sociais nos Estados Unidos da América. Isso se deu

como parte dos mecanismos de controle de projetos sociais, tendo em vista que estes programas envolviam um expressivo volume de recursos financeiros. Em outros países, em especial na América Latina, a legitimação da avaliação foi estimulada pela crise fiscal progressiva e por iniciativas de reformas no aparelho de Estado. Esta pauta ganha força e destaque na área da saúde no Brasil, primeiramente com discussões sobre a necessidade de se sistematizar a avaliação como prática inerente ao processo de planejamento de qualquer serviço de saúde, e mais recentemente com o lançamento da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica (PNAB) em 2003 (FELISBERTO et al., 2012; SARTI et al., 2008).

Para Sarti et al. (2008) a institucionalização da avaliação na atenção básica tem como um dos objetivos fomentar a cultura e prática da avaliação no cotidiano das instituições de saúde nos vários níveis do sistema de saúde, proporcionando uma adequada produção de informação que conduza o processo decisório na atenção básica em busca de uma melhor qualidade da assistência.

Já para Felisberto et al. (2009), a PNAB é marcada por dois pontos: o primeiro destaca os esforços na integração das ações no âmbito institucional e o segundo a descentralização das ações de avaliação. Neste sentido, houve o fomento ao desenvolvimento da capacidade técnica, através de processos avaliativos formativos, e o fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde.

Na esfera estadual, com o trabalho de Alves et al. (2010) percebe-se que houve uma implantação satisfatória do PNAB, estando esta relacionada ao projeto de governo dos estados analisados. Apesar do resultado obtido, o estudo permitiu a identificação de fragilidades no grau de governabilidade como: insuficiência na integração dos setores, dificuldades na relação com a secretaria da capital e mudanças eleitorais que revelaram desafios a ser enfrentados na dimensão integração das práticas de monitoramento e avaliação.

Para a vigilância em saúde, as experiências de institucionalização da avaliação contribuem para a prática e o percurso desta. A primeira delas seria a inclusão do departamento de Análise e situação de saúde na SVS cujo objetivo é fortalecer a capacidade analítica nas três esferas de gestão do SUS, com a produção e divulgação de evidências epidemiológicas contínuas e oportunas sobre a situação de saúde da população brasileira; a magnitude e as tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer; as desigualdades em saúde e as hipóteses explicativas para estes cenários (BRASIL, 2006).

Outra experiência que se destaca é o Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNA) do Programa Nacional de DST e AIDS. Este combina: **Monitoramento e Avaliação** (*Sistema de Monitoramento de Indicadores-Monitoraids e o Plano de Ações e Metas – PAM*), **Capacitações** (*por meio de oficinas, visitas técnicas ou viagens de estudo, com o objetivo de estimular a transferência de tecnologia em monitoramento e avaliação*), **Descentralização das atividades** (*polos de excelência nas cinco regiões do país para multiplicar as ações de monitoramento e avaliação*) e **Estudos especiais** (*que considerem intervenções estratégicas e a diversidade nacional*) (BRASIL, 2014).

O Plano Nacional de Controle da Dengue (PNCD) também é outro programa da VS que propunha entre os seus componentes o acompanhamento e avaliação do plano. Neste, o objetivo é promover o monitoramento da execução das ações, a avaliação dos resultados obtidos e o eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, percebe-se o potencial da institucionalização da avaliação de proporcionar a produção de conhecimento que favoreça o processo de tomada de decisão, bem como criação de um espaço de formação técnica e política para gestores, profissionais de saúde, avaliadores e usuários, contribuindo como um instrumento que aprimora e qualifica a gestão, estando diretamente ligada à discussão sobre o seu desempenho.

1.4 A avaliação em saúde com foco no desempenho

O campo da avaliação em saúde é vasto e carregado de uma heterogeneidade nos seus termos, conceitos e métodos. Premissa bem pertinente e coerente quando abordada na área de saúde, pois esta apresenta variedade e complexidade nas suas intervenções, sejam elas, em ações, serviços, programas ou políticas públicas (SAMICO et al., 2010).

Worthen et al., (2004) considera a área ainda jovem e em construção, tanto conceitual como metodologicamente, podendo ser encontrada na literatura de forma muito diversificada, quanto às suas definições, referências teóricas e modelos. Malta e Neto (2007) acreditam que as diversidades nas construções metodológicas garantem o avanço da avaliação em saúde, visando apreender a realidade e as transformações oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde.

Cezar e Tanaka (1996) refletem sobre não haver uma única abordagem ou metodologia na avaliação, e consideram que diferentes métodos ou instrumentos são organizados para que atinjam seu objetivo de emitir um juízo de valor ao objeto ou sujeito social avaliado.

Melhor que tentar chegar a um consenso para o conceito e métodos na avaliação em saúde é deixar claro o que ela traz como propósitos:

[...] a avaliação, de qualquer tipo e realizada por qualquer que seja o avaliador, deve contribuir para tomada de decisões dos responsáveis pelo programa, comprometendo-se com a melhoria das intervenções de saúde e, como horizonte final, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde (FIGUEIRÓ et al.,2008).

Um dos tipos de avaliação que vem se destacando nas instituições, organizações e sistemas em todo o mundo, nos últimos quinze anos, é o da avaliação de desempenho. Embora não haja concordância metodológica em como medi-lo e avaliá-lo, o desempenho na maioria das suas definições é vinculado ao cumprimento de objetivos e funções das organizações (LAHEY, 2010).

Na literatura, o tema do desempenho organizacional no setor saúde vem crescente no decorrer da última década, mas ainda apresenta pouco consenso sobre as suas definições, existindo vários modelos explicativos. Independente da escolha do modelo, como sugere Viacava et al. (2004) o importante é que a sua construção metodológica esteja alinhada com os princípios, valores, metas, atores e objetivos dos sistemas ou serviços de saúde que se deseja avaliar, pois esses embasam a escolha das dimensões da avaliação de desempenho.

Nos sistemas de saúde são considerado um conjunto de determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais e biológicos da saúde, cuja finalidade é o estado de saúde e o bem-estar dos indivíduos e das coletividades. Diferente dos serviços de saúde que inclusos no sistema de saúde tem como foco problemas sociais ou de saúde específicos, perpassando por intervenções de caráter preventivo, de diagnóstico e curativo. (CHAMPAGNE E CONTRANDRIOPOULOS, 2010).

Viacava et al. (2004) apresenta características dos marcos conceituais propostos pelos organismos internacionais como a OMS, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), os quais vem estimulando diversos países a desenvolverem quadros de referências e indicadores de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que estão apresentados no quadro 1.

Já em território nacional, as experiências para avaliação do desempenho do sistema e serviços de saúde vêm sendo desenhadas e discutidas através de estratégias e iniciativas para qualificar e consolidar o SUS. Uma delas foi a proposta metodológica de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Para essa avaliação, foi

elaborado um quadro de referência (matriz de dimensões) que traz como eixo central a equidade e procura definir as suas dimensões a serem avaliadas considerando o contexto político, social e econômico, a história e a conformação atual, os objetivos e as prioridades. Além de identificar os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários evitáveis e passíveis de intervenção, busca também, avaliar em que medida seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos (VIACAVA et al., 2004).

Quadro 1. Características dos marcos conceituais na avaliação de desempenho dos sistemas e serviços de saúde propostos pelos organismos internacionais.

<i>OMS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adota uma definição de sistema de saúde ampla e imprecisa, com objetivos poucos claros;</i> • <i>Considera parte do sistema de saúde todos os recursos, organizações e atores que realizam ou apoiam ações sanitárias (de proteção, fomento ou melhora da saúde), mas não inclui a educação;</i> • <i>Define três metas a serem atingidas pelos sistemas de saúde: melhora no estado de saúde, sistema que responda às aspirações legítimas do público (responsividade) e à justiça na contribuição financeira.</i>
<i>OCDE</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Complementa as ações da OMS;</i> • <i>Inclui indicadores de resultado dos serviços de saúde (OUTCOMES) como parte da avaliação de desempenho (eficiência microeconômica);</i> • <i>Inclui acesso ao componente da responsividade, possibilitando a avaliação da equidade;</i> • <i>Inclui o nível de gasto sanitário como meta dos sistemas de saúde (eficiência macroeconômica);</i> • <i>Exclui qualquer ponderação para avaliação de metas;</i> • <i>Refere à avaliação de desempenho às várias e distintas dimensões dos sistemas de saúde;</i> • <i>Considera a avaliação de desempenho restrita a assistência médica como oposta às atividades de saúde pública ou quaisquer outras mais amplas.</i>
<i>OPAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A avaliação de desempenho não é objeto de exercício acadêmico, mas para orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas de saúde;</i> • <i>Centra a avaliação quantitativa e qualitativa no grau de realização dos seus objetivos;</i> • <i>Considera as diferentes funções do sistema-geração de recursos, financiamento, prestação de serviços e condução;</i> • <i>Incorpora, desde o início, vários níveis de análise (nacional, intermediário e local) e diferentes atores envolvidos;</i> • <i>Considera a eficiência como uma das demais dimensões do desempenho tais como: equidade, efetividade, aceitabilidade e satisfação;</i> • <i>Os métodos e indicadores de avaliação devem ser estabelecidos por consenso e a medição por distintas dimensões (macro, intermediários e micro);</i> • <i>Inclui a equidade na avaliação dos sistemas de saúde numa perspectiva transversal as demais dimensões.</i>

Fonte: Viacava et al., 2004

Já nos serviços que integram os sistemas de saúde, sua ação se concretiza nas instituições prestadoras existem algumas iniciativas do MS, como exemplo, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS). Ambos buscam uma melhoria contínua e progressiva das suas ações em um processo de cultura de negociação e contratualização, que implica na gestão de incentivos financeiros em função dos resultados pactuados e alcançados (BRASIL, 2011; 2013).

Outras duas perspectivas que a avaliação de desempenho aponta são: a de impulsionar mudanças que possibilitem conseguir melhores resultados, ou seja, mudar atitudes e práticas, em um processo permanente de avaliação, ajustes e reavaliação (ALMEIDA et al., 2003); o outro seria, segundo Denis (2010) o seu caráter formativo, de aprendizagem institucional, na medida em que foca a melhoria contínua da organização.

Apesar de diversos conceitos e propostas metodológicas, a avaliação de desempenho revela que para a sua efetivação e implementação é preciso não só conhecer a conformação, objetivos/metapas e atores do sistema e serviços de saúde, mas também, escolher o modelo mais adequado ao contexto a ser utilizado.

1.5 Modelos de avaliação do desempenho organizacional

Tchouaket (2012) revela que a preocupação com desempenho está presente nas organizações desde o início do século 20, com a produção de vários modelos para compreender o seu conceito.

Inicialmente os modelos focavam na avaliação de uma única dimensão do desempenho. Entre estes modelos unidimensionais, destacam-se: *o modelo de alcance de metas*, teoria ainda dominante nas organizações, baseada na capacidade de as organizações alcançarem seus objetivos e metas (a avaliação do seu desempenho consiste em estimar em que grau ela atingiu seus objetivos); *o modelo dos processos internos* que mede o desempenho pela estabilidade e controle dos seus processos internos; *o modelo de sistema aberto*, fundado na manutenção dos valores da organização, na abordagem das relações humanas; *o modelo de aquisição de recursos* que julga o desempenho a partir da capacidade de uma organização captar os recursos necessários para o seu funcionamento; *o modelo de processo de produção*, que mede o desempenho em termos de volume, intensidade, qualidade da produção; *o modelo de relações humanas* que afere o desempenho considerando valores fundamentais como ambiente de trabalho saudável, a estabilidade, o consenso, a motivação e o clima de trabalho; *o modelo zero defeito*, considera que o bom desempenho está inerente à organização não cometer erros e não ter traços de ineficiência e, por fim; *o modelo comparativo* segundo o qual o desempenho é obtido em comparação com organizações similares (CONTRANDRIOPOULOS et al., 2008).

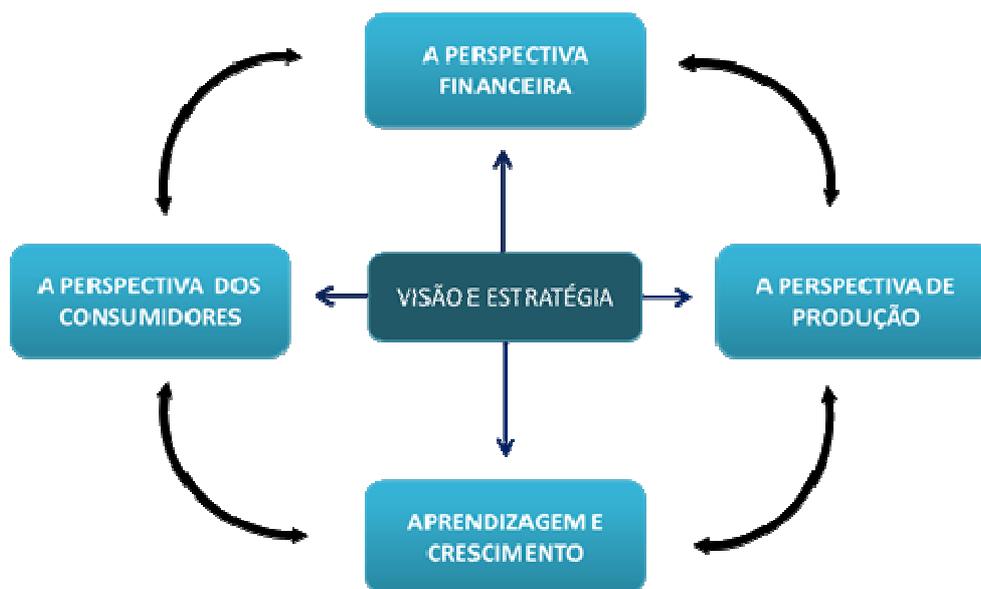
Posteriormente, Parsons (1951,1977), Parsons e Smelser (1956) e Parsons e Platt (1973) apontam para os limites na análise de uma única dimensão em determinados contextos, surgindo assim os modelos multidimensionais ou configuracionais. Esses

agregam os modelos unidimensionais e analisam várias dimensões ao mesmo tempo para explicar o desempenho, quebrando a lógica dos primeiros, que normalmente analisam e examinam aspectos isolados do desempenho.

Entre os modelos configuracionais mais citados na literatura destacam-se:

- **Balanced Scorecard** ou “quadro de controle” é um modelo que visa a integração e balanceamento dos principais indicadores de desempenho existentes em uma organização, desde os financeiros/administrativos até os relativos aos processos internos, estabelecendo objetivos da qualidade (indicadores) para funções e níveis relevantes dentro da organização, ou seja, desdobra os indicadores corporativos em setores; com metas claramente definidas e consideram quatro perspectivas (financeira, consumidores, aprendizado e crescimento e o processo de produção) ligadas entre si pela estratégia organizacional (visão e estratégia) (Figura 4) (KAPLAN e NORTON, 1996).

Figura 4- Representação esquemática do **Balanced Scorecard** ou “quadro de controle”

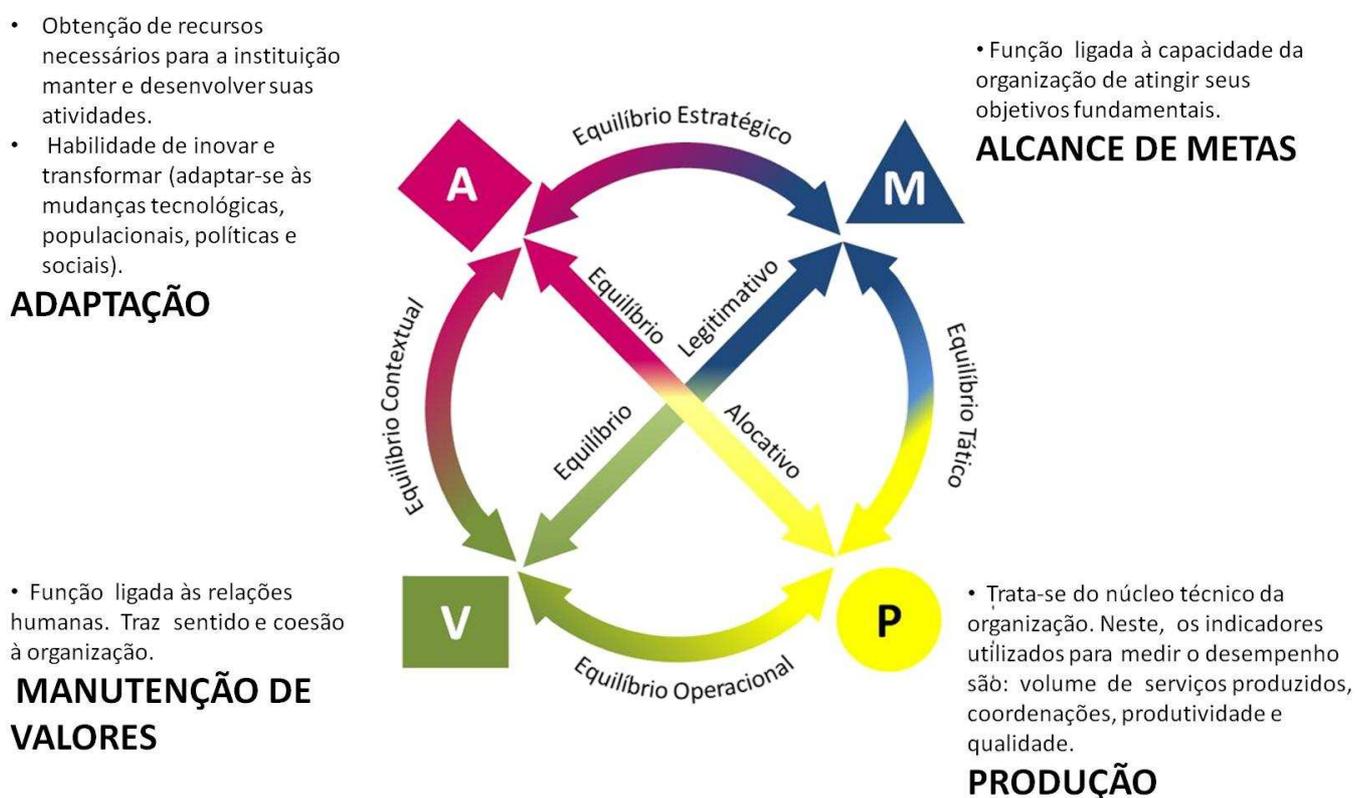


Fonte: Kaplan e Norton, 1996.

- **EGIPSS** - Modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde. Este modelo é pautado pela teoria sistêmica da ação social elaborada por Parsons (1973) que agrega quatro modelos unidimensionais de desempenho organizacional, são eles: o modelo racional orientado por objetivos (**Alcance de metas**); o modelo de obtenção de recursos (**Adaptação**); o modelo de processos internos (**Produção**) e o de relações

humanas (**Manutenção de valores**). Estas não são independentes uns dos outros, e estão atreladas a seis sistemas de intercâmbio que garantem a coesão e o equilíbrio do sistema organizacional (SICOTTE et al., 1998; CHAMPANGNE et al., 2005). Para Champagne e Contrandriopoulos (2005) a riqueza da teoria de Parsons para um bom desempenho, repousa sobre orquestrar cada uma das suas dimensões mantendo um equilíbrio dinâmico entre as interações e as ligações recíprocas nas quatro funções fundamentais. Assim, na figura 5, pode-se observar as quatro funções do modelo EGIPSS bem como as inter-relações (alinhamentos/equilíbrios) possíveis. Cada equilíbrio compreende as trocas e influências mútuas que ocorrem entre cada função e estão descritas no quadro 2.

Figura 5 - O modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde (EGIPSS)



Fonte: Adaptado de Contrandriopoulos et al. 2010.

Quadro 2 - Definições dos equilíbrios do desempenho do modelo O modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde (EGIPSS)

<i>Equilíbrios</i>	<i>Definições</i>
<i>Estratégico</i>	Dimensão do desempenho que avalia a compatibilidade da implantação dos meios (a adaptação) em função das finalidades organizacionais (as metas); como também a pertinência das metas em vista do ambiente e da busca por uma maior adaptação organizacional.
<i>Alocativo</i>	Avalia a dimensão do desempenho no acerto da alocação dos meios (a adaptação); como os mecanismos de adaptação permanecem compatíveis com os resultados da produção.
<i>Tático</i>	Dimensão do desempenho que avalia a capacidade dos mecanismos de controle decorrentes da escolha das metas organizacionais em governar o sistema de produção; bem como os resultados da produção chegam a modificar a escolha das metas da organização.
<i>Operacional</i>	Dimensão do desempenho que avalia a capacidade dos mecanismos de geração dos valores e do ambiente organizacional em mobilizar de maneira positiva (ou negativa) o sistema de produção, assim como o impacto dos resultados da produção sobre o ambiente e os valores organizacionais.
<i>Legitimativo</i>	Dimensão do desempenho que avalia a capacidade dos mecanismos de geração dos valores e do ambiente organizacional em contribuir ao alcance das metas organizacionais; como a escolha e a perseguição das metas da organização chegam a modificar e reforçar os valores e o ambiente organizacionais.
<i>Contextual</i>	Dimensão do desempenho que avalia a capacidade dos mecanismos de geração dos valores e do ambiente organizacional em mobilizar positivamente o sistema de adaptação; assim como os resultados da adaptação chegam a modificar e reforçar os valores e o ambiente organizacional.

Fonte: Champagne e Contrandriopoulos, 2005.

Cameron (1981) propõe que o modelo conceitual para a avaliação de desempenho leve em consideração uma visão abrangente do funcionamento das organizações, principalmente as pertencentes à área da saúde, tanto pelo seu papel social de preservar e melhorar a saúde dos indivíduos e da população em geral, quanto pelos seu ambientes (político, jurídico e financeiro) extremamente complexos e pluralistas. Portanto, o modelo multidimensional de Sicotte et al., (1998) se torna interessante e relevante para a exploração deste campo, pois lida com a capacidade de vincular várias perspectivas de análise de desempenho organizacional.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A importância da estruturação da VE no âmbito regional;
- O papel da VE nas ações de identificação, prevenção e controle de doenças;
- A fragilidade na institucionalização da avaliação nos serviços de saúde;
- A necessidade de conhecer o desempenho da VE nas regiões de saúde;
- A possibilidade de explorar o modelo EGIPSS no contexto brasileiro e na VE como um exercício acadêmico;

O presente estudo pode contribuir para:

- Identificar o desempenho regional da VE em Pernambuco;
- Avaliar o desempenho regional da VE, no intuito de conhecer potencialidades/fragilidades;
- Propor e estimular mecanismos e estratégias de fortalecimento na gestão regional da VE, com base nas perspectivas do caráter formativo e de mudanças, para um sistema de vigilância mais sensível, efetivo e articulado;

3. PERGUNTA AVALIATIVA

- Há diferenças no desempenho da VE considerando as funções e dimensões do modelo de avaliação global e integrada do desempenho dos sistemas de saúde entre as regionais?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica nas Regiões de Saúde do estado de Pernambuco, em 2012.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar o nível de desempenho das funções: adaptação, alcance de metas, produção e manutenção de valores nas 12 Regiões de Saúde do estado de Pernambuco;
- Analisar as inter-relações entre as funções que apresentem baixo desempenho regional;
- Identificar as potencialidades e fragilidades que influenciam no desempenho regional da vigilância epidemiológica em Pernambuco.

5. METODOLOGIA

5.1 Desenho do Estudo

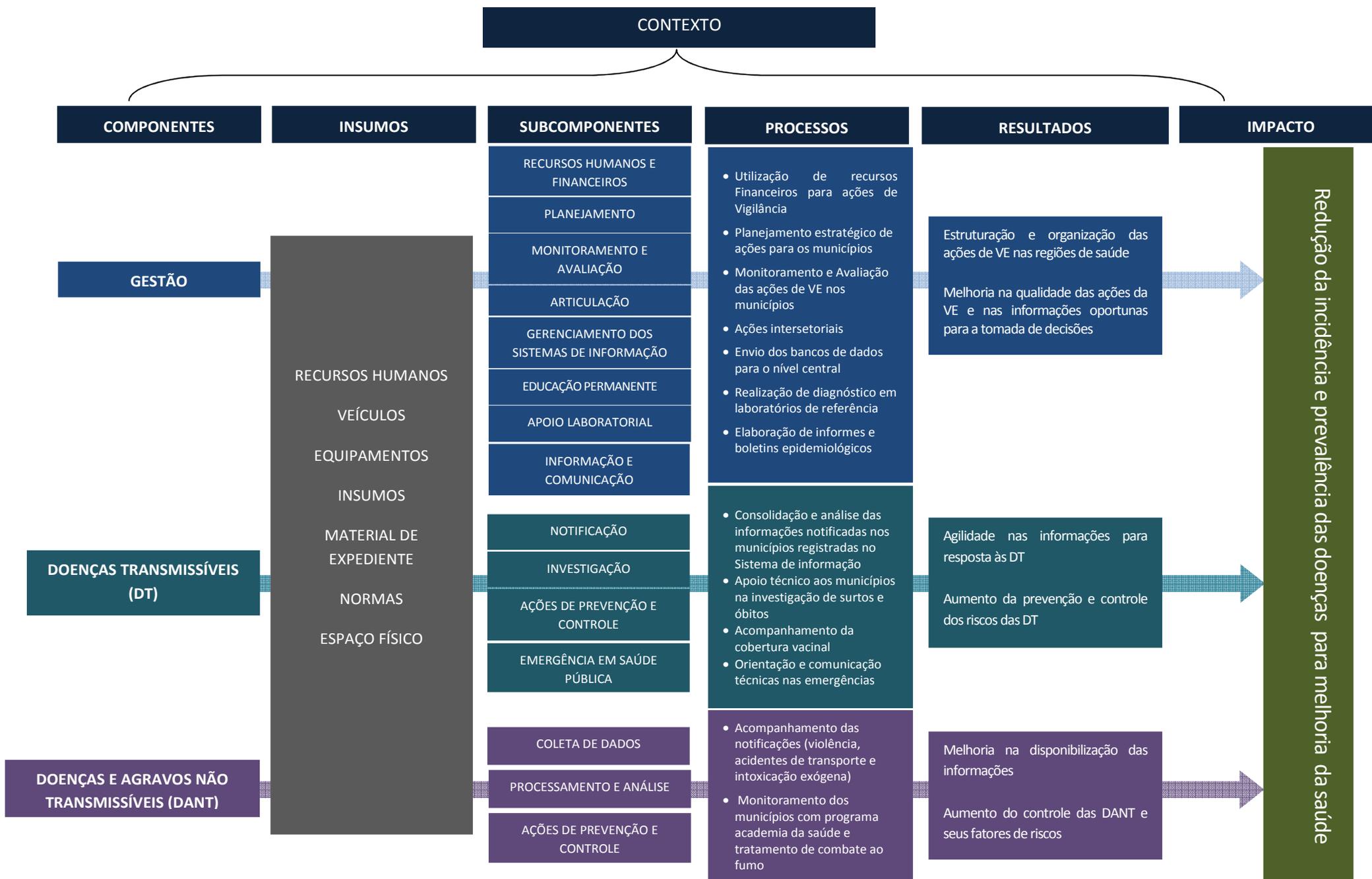
Trata-se de uma pesquisa avaliativa do desempenho da VE das regiões de Saúde em Pernambuco. Para tanto, realizou-se a elaboração do modelo lógico da vigilância epidemiológica regional e depois com base o Modelo de Avaliação Global e Integral do Desempenho de Sistemas de Saúde – EGIPSS foi construído o modelo integrador da VE regional e sua matriz de julgamento.

O modelo lógico de uma intervenção é o desenho esquemático do funcionamento e das relações causais entre seus componentes. Ele considera a sequência lógica dos eventos envolvidos e os seus efeitos finais (BEZERRA, 2009). Segundo Samico et al. (2010), descrever um programa é tornar explícitos as conjecturas que o norteiam, favorecendo assim os processos de monitoramento e avaliação, como também o seu planejamento e execução.

Para a delimitação do objeto de estudo foi desenhado o modelo lógico da VE no âmbito regional. O primeiro momento foi guiado pela necessidade de identificar os documentos oficiais que regulam e normatizam o funcionamento da VE. Para tanto, analisou-se as Portarias ministeriais N° 1.399/1999; N° 3.252/2009, Portaria estadual N° 219/2011, Decreto N° 7508/2011, Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde v.13, PAVS- 2010/2011, revisão de literatura sobre vigilância epidemiológica e desempenho, além da consulta a técnicos da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do Estado. No segundo momento, identificou-se os componentes da VE (Gestão, VE das doenças transmissíveis e VE das DANTs), os subcomponentes, processos, produtos e os resultados esperados. Na figura 7, encontra-se o modelo simplificado para o âmbito regional e no anexo 1, o seu formato expandido.

O modelo lógico proposto reflete o processo de trabalho das regiões de Saúde que tem o papel de dar suporte técnico às ações de VE para os municípios de sua abrangência, uma vez que grande parte das ações é executada pelos municípios.

Figura 7 – Modelo lógico simplificado da VE regional. Pernambuco, 2012.



A terceira etapa do desenvolvimento da pesquisa constou da construção do modelo integrador da VE regional. Para tanto, foram analisados os componentes do modelo lógico da VE regional que foram traspostos para a estrutura do modelo EGIPSS. Neste processo analítico, foram consideradas as definições propostas por Champagne e Contrandriopoulos (2005) descritas na figura 5 que se aproximavam dos processos de trabalho da VE regional.

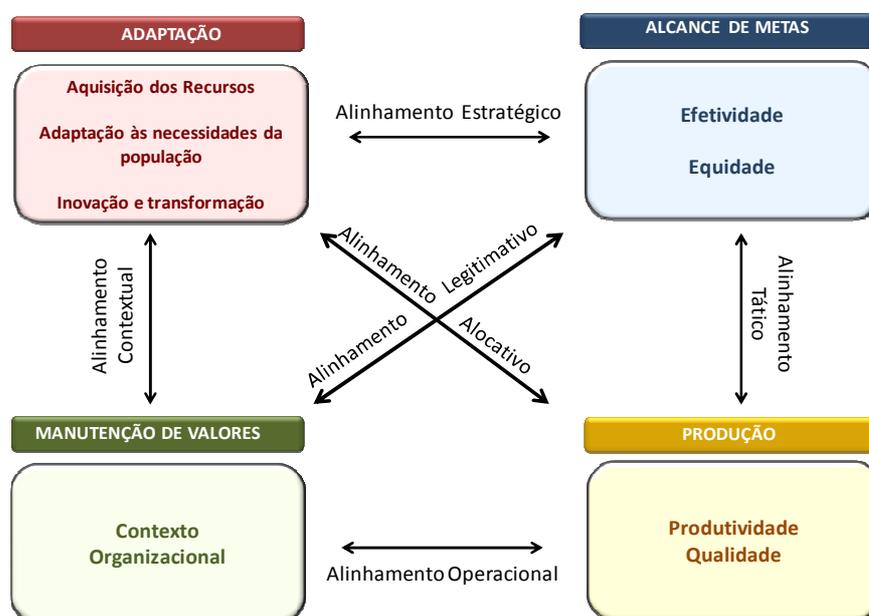
Ao final, foram selecionadas oito dimensões do desempenho da VE regional, bem como as suas definições (Quadro 4). Na figura 8, é apresentado o desenho esquemático do modelo integrador da VE Regional.

Quadro 4. Funções e definições das dimensões escolhidas para o modelo integrador da Vigilância Epidemiológica em âmbito regional

Função	Dimensões	Definições
Adaptação	Aquisição dos recursos	Capacidade de obter recursos monetários, físicos e humanos
	Adaptação às necessidades da população	Os recursos e a estruturação do sistema se adaptam as necessidades da população
	Inovação e transformação	Capacidade do sistema de inovar e de se transformar
Alcance de Metas	Efetividade	Resultados de saúde atribuíveis aos serviços do sistema
	Equidade	Responsabilidade coletiva em função das necessidades e prioridades entre indivíduos, grupos e regiões
Produção	Produtividade	Otimização da produção em função dos recursos
	Qualidade	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
Manutenção de Valores	Contexto organizacional	Sistema comum de referência possibilitando aos atores cooperarem para realizar de forma efetiva o projeto coletivo no qual estão implicados

Fonte: Champagne e Contrandriopoulos, 2005.

Figura 8 – Modelo Integrador da Vigilância Epidemiológica Regional, adaptado do Modelo de Avaliação Global e Integral do Desempenho de Sistemas de Saúde



Fonte: Adaptação de Champagne e Contrandriopoulos, 2005.

Após a construção do modelo integrador da VE em âmbito regional, foi iniciada a elaboração da matriz de julgamento do desempenho. Nesta elencou-se, a partir das definições das dimensões de desempenho escolhidas, os indicadores, seus parâmetros, sua fonte de verificação e a pontuação esperada.

Os indicadores elencados buscaram aproximar-se da realidade vivenciada nos serviços da VE no nível regional. Estes foram escolhidos pela sua operacionalidade, simplicidade, validade e confiabilidade dos dados, além de considerar condições traçadoras com base em Kessner e Kalk (1973) que se fundamentam na extração máxima de informações com o menor número de dados possíveis. Assim, na sua eleição foram considerados a efetividade comprovada, impacto funcional real, ser bem definida, de fácil diagnóstico e de ampla aceitação (PENNA, 2005).

Os parâmetros foram fundamentados nos mesmos documentos utilizados na construção do modelo lógico, além do Plano Estadual de Saúde e do estudo de Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde: instrumento e estratégia de uso (COSTA et al., 2013), como também

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK: