



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

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

PATRÍCIA MICHELLY SANTOS LIMA

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COM POTENCIAL RISCO PARA UMA EMERGÊNCIA
DE SAÚDE PÚBLICA EM PERNAMBUCO.**

RECIFE

2014

PATRÍCIA MICHELLY SANTOS LIMA

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COM POTENCIAL RISCO PARA UMA EMERGÊNCIA
DE SAÚDE PÚBLICA EM PERNAMBUCO**

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

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Suely Arruda Vidal

Coorientador: Msc. Romildo Siqueira de Assunção

RECIFE

2014

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

L732a Lima, Patrícia Michelly Santos

Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública em Pernambuco / Patrícia Michelly Santos Lima ; orientadora Suely Arruda Vidal ; coorientador Romildo Siqueira de Assunção. – Recife: Do Autor, 2014.

90 f.: il.

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

1. Avaliação de Desempenho. 2. Vigilância Epidemiológica. 3. Doenças Transmissíveis. I. Vidal, Suely Arruda, orientadora. II. Assunção, Romildo Siqueira de, coorientador. III. Título.

CDD 614.4

PATRÍCIA MICHELLY SANTOS LIMA

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COM POTENCIAL RISCO PARA UMA EMERGÊNCIA
DE SAÚDE PÚBLICA EM PERNAMBUCO**

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

Aprovada em: 24 de Março de 2014

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Cláudia Figueiró – ENSP/FIOCRUZ

Dr. Paulo Germano Frias - IMIP

Dra. Suely Arruda Vidal - IMIP

Aos meus pais,

José Bonifácio de Lima (In memoriam) e Maria de Fátima dos Santos Lima

Pelo incansável apoio e confiança em mim depositada.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo incentivo, investimento e por acreditarem em mim. Em especial ao meu pai (in memorian), pois tenho certeza que no plano em que ele está, continuará sempre me apoiando e se orgulhando de seus filhos.

À Professora Dra. Suely Arruda, pela acolhida, paciência, disponibilidade e orientações para conclusão deste trabalho.

À Romildo Assunção pelo incansável apoio e amizade dedicados a mim nesta fase.

À Patrícia Carvalho por sempre acreditar no meu potencial.

As minhas colegas de mestrado, pelo apoio e principalmente pelos debates em sala que ajudaram a construir o nosso saber em avaliação.

Ao grupo de avaliação de desempenho, pelo compartilhamento de informações e descoberta coletiva do método de avaliação de desempenho utilizado neste estudo.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do Instituto Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, pelos subsídios teóricos e metodológicos.

À toda equipe do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, em especial a Auxiliadora Sivini, pelo apoio e por prestarem total assistência ao centro durante minhas ausências.

À Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde - SEVS, pela colaboração e anuência da minha participação neste mestrado, demonstrando investimento na qualificação profissional de seus servidores.

À toda equipe do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, pela pronta resposta na disponibilidade dos dados.

As colegas da SEVS, em especial a Juliana Martins e Paula Jacome pelo compartilhamento de seus saberes, contribuindo para melhoria deste estudo.

Aos meus amigos, por sempre enviarem energias e pensamentos positivos para que tudo transcorresse bem.

E por último, a todos que de alguma forma contribuíram para realização deste estudo.

RESUMO

O processo de globalização mundial traz transformações que impactaram na saúde pública dos países, com reflexos no cotidiano das pessoas, na economia mundial, e como consequência, a disseminação de doenças transmissíveis. As ameaças à saúde pública provocaram desenvolvimento na diplomacia internacional da saúde, com isso os riscos de relevância internacional ganharam esforços contemporâneos. Diante das modificações no contexto tecnológico e econômico o Regulamento Sanitário Internacional foi revisado em 2005 e as novas exigências trazem a necessidade de uma avaliação dos sistemas de vigilância, nos seus vários âmbitos. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para emergência de saúde pública no estado de Pernambuco no ano de 2012. **Método:** Realizou-se um estudo avaliativo de desempenho baseado no Modelo de Avaliação Global e Performance de Sistema de Saúde (EGIPSS). O estudo realizou-se no estado de Pernambuco, sendo a unidade de análise as Regiões de Saúde. Para coleta dos dados primários foi utilizado um instrumento estruturado, aplicado a gestores e técnicos da vigilância epidemiológica, composto por variáveis qualitativas e quantitativas, elaborado a partir do modelo lógico da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para emergência de saúde pública e dos indicadores da matriz de desempenho da intervenção. Os dados secundários foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) da Secretaria Estadual de Saúde. Para a avaliação do desempenho foi feito o somatório das pontuações obtidas na avaliação de cada função do modelo EGIPSS, totalizando no máximo 1000 pontos. Desta forma, a avaliação de desempenho global foi estratificada em quatro parâmetros: Desempenho Satisfatório (1000 |-- 800 pontos), Desempenho Aceitável (800 |-- 600 pontos), Desempenho Pouco aceitável (600 |-- 400 pontos) e Desempenho Insatisfatório (\leq 400 pontos). Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. **Resultados:** Na avaliação global do estado, a VIII região de saúde alcançou o melhor desempenho, com um escore de 770 pontos, nas quatro funções avaliadas. Além desta, a X e VII, com 740 e 730 pontos respectivamente. A VIII apresentou-se com o melhor desempenho em duas das quatro funções, adaptação e produção, e a X e VII obtiveram o melhor desempenho na função de cultura de valores. Entre as regiões de saúde que apresentaram pior desempenho estão a III (625 pontos), IV e V, com escore de 640 igualmente. Todas estas se apresentaram abaixo da média global. Desta forma, a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública no estado de Pernambuco alcançou uma pontuação global de 688 pontos, sendo classificada com Desempenho aceitável. **Conclusão:** A utilização do modelo proposto para o estudo mostrou-se aplicável ao objeto deste estudo, uma vez que foi possível verificar a viabilidade da adoção de um modelo integrador, considerando fatores que não são usualmente empregados. O resultado da avaliação da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública revelou-se adequada à realidade operacional da rotina da vigilância. Ainda assim, sabidamente há processos de trabalho que precisam ser melhorados e/ou implementados de forma mais enérgica para o bom desempenho das ações de vigilância.

Palavras-chave: Avaliação de desempenho, Vigilância epidemiológica, Doenças Transmissíveis.

ABSTRACT

The globalization process brings changes that impacted on public health in the countries, reflected in the daily lives of people, in the world economy, and as a consequence, the spread of communicable diseases. Threats to public health caused development in international health diplomacy, its international relevance risks earned contemporary efforts. Given the changes in the technological and economic context of the International Health Regulations was revised in 2005 and new requirements bring the need for a review of surveillance systems in their various fields. **Objective:** To evaluate the performance of surveillance of communicable diseases at potential risk for public health emergency in the state of Pernambuco in 2012. **Methods:** We conducted a performance evaluation study based on the Model Global Evaluation and Performance Health System (EGIPSS). The study took place in the state of Pernambuco, with an assessment unit, the Health Regions. Collecting primary data to a structured instrument, applied to managers and technical surveillance, composed of qualitative and quantitative variables, drawn from was used the logical model of surveillance of communicable diseases with the potential risk to public health emergency and indicators of performance matrix of the intervention. Secondary data were obtained from the State Health Department, Information System for Notifiable Diseases (Sinan) for performance evaluation was made the sum of the scores obtained in the evaluation of each function of the model EGIPSS, totaling a maximum 1000 points. Thus, the assessment of overall performance was stratified into four parameters: Satisfactory Performance (1000 |- 800 points), Acceptable Performance (800 |- 600 points), Acceptable Performance Little (600 |- 400 points) and Unsatisfactory Performance (\leq 400 points). This project was submitted to the Ethics Committee and the Research Institute for Comprehensive Medical Pr. Fernando Figueira - IMIP. **Results:** In the overall evaluation of the state, the health region VIII achieved the best performance, with a score of 770 points, the four evaluated functions. Besides this, the X and VII, with 740 and 730 points respectively, also gained prominence among others. The VIII presented with the best performance in two of the four functions, adaptation and production, VII and X and achieved the best performance in the role of culture values. Among the areas of health that are presented worse performance III (625 points), IV and V, with a score of 640 also. All of these are presented below the global average. Thus, the surveillance of communicable diseases with potential for a public health emergency in the state of Pernambuco has achieved an overall score of 688 points, being classified with acceptable performance. **Conclusions:** The use of the proposed model for the study, proved applicable to the subject of this study, since it was possible to verify the viability of adopting an integrative model, considering factors that are not usually used by evaluators. The result of the evaluation of epidemiological surveillance of communicable diseases with potential for a public health emergency, proved adequate to the operational reality of routine surveillance. Still, there are known work processes that need to be improved and/or implemented more vigorously for the proper performance of surveillance actions.

Keywords: Employee Performance Appraisal, Epidemiological Surveillance, Communicable Diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cievs	Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DGIAEVE	Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica
EGIPSS	<i>Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systemes de Santé</i>
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
GM	Gabinete do Ministro
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade Federada

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Adaptação do Modelo EGIPSS para avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública

Quadro 1 - Descrição das dimensões e equilíbrios do modelo utilizado no estudo em relação as funções

Tabela 1. Escores obtidos para as dimensões da função adaptação por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Tabela 2. Escores obtidos para as dimensões da função produção por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Tabela 3. Escores obtidos para as dimensões da função metas por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Tabela 4. Escores obtidos para a dimensão da função valores por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Tabela 5. Escores obtidos por função e região de saúde para o desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública. Pernambuco, 2012.

SUMÁRIO

1 Introdução	13
1.1 Globalização e Saúde	14
1.2 Regulamento Sanitário Internacional.....	15
1.3 Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública	17
1.4 A avaliação do desempenho como instrumento de decisão.....	19
2 Justificativa	24
3 Objetivos.....	25
3.1 Geral.....	25
3.2 Específicos	25
4 Estratégia Metodológica	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 Área de estudo	26
4.3 População e período de estudo.....	27
4.3.1 Critérios de elegibilidade	27
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	27
4.4 Construção do Modelo Lógico da Intervenção.....	27
4.5 Construção da Matriz de Desempenho	28
4.6 Procedimentos para coleta de dados	31
4.7 Processamento e análise dos dados.....	31
4.8 Limitações do estudo	32
4.9 Aspectos éticos	33
5 Resultados.....	35
5.1 Função Adaptação.....	35
5.2 Função Produção.....	37

5.3 Função Alcance de Metas	37
5.4 Função Valores	39
5.5 Avaliação global do desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública no estado de Pernambuco.	42
6 Discussão	44
7 Considerações Finais	58
Recomendações	60
Referências.....	61
Apêndices.....	64
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	66
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados.....	68
Apêndice C – Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis com Potencial Risco para uma Emergência de Saúde Pública	Error!
Bookmark not defined.	
Apêndice D – Matriz de desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública.....	73
Anexos	81

1 INTRODUÇÃO

As primeiras ações de saúde pública que passaram a ser implementadas no Brasil colônia voltaram-se, especialmente, para proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes e a teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias^{1,2}.

A maior preocupação nesta época era com o ambiente, para que não interferisse na produção e comércio e, conseqüentemente, na riqueza do Estado. Apesar de muitas políticas de saúde, serem decorrentes de interesses econômicos, reconhece-se que essas iniciativas também têm procurado se pautar em informações e conhecimentos científicos oriundos das áreas biomédicas e da Saúde Pública^{1,2}.

Na tentativa de evitar que as epidemias afetassem o trânsito de mercadorias, os países tiveram que implementar ações de controle, com o objetivo principal de garantir a qualidade dos produtos e assegurar sua aceitação no mercado internacional. Além disso, era necessário garantir a mão-de-obra para movimentar a economia local, enfatizando a importância de medidas de controle para epidemias no país^{1,3}.

A prática da quarentena, conhecida desde o século XV, tornava-se a medida mais comum para evitar a transmissão de doenças. Com o passar do tempo essa prática começou a criar uma série de obstáculos ao trânsito de pessoas e mercadorias, forçando o início da discussão sobre a necessidade de cooperação internacional na área da saúde³.

Em 1951 foi elaborado o primeiro Regulamento Sanitário Internacional (RSI), na 4ª Assembleia Mundial de Saúde, estabelecendo como doenças quarentenáveis a cólera, peste, febre amarela, varíola, febre tifóide e febre recorrente. Em 1969, o RSI sofreu sua primeira revisão, sendo excluídas da lista de doenças de controle internacional a febre tifóide e a febre recorrente. Em 1995, a Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a revisão do RSI de 1969, para adequá-lo ao novo cenário global, caracterizado pela intensificação do fluxo de pessoas e mercadorias entre os países, que pode ampliar o risco de disseminação de doenças³.

1.1 Globalização e Saúde

O processo de globalização traz transformações que impactaram na saúde pública dos países, com reflexos no cotidiano das pessoas e, conseqüentemente, na economia mundial. Dentre as principais características desse processo o crescimento do comércio internacional de bens e mercadorias, a facilidade do trânsito de pessoas entre os diversos países do mundo e a expansão das possibilidades de comunicação, praticamente anularam o tempo e a distância entre as pessoas e, como consequência, a disseminação de doenças transmissíveis^{4,5}.

Segundo Aginam (2005), com o ritmo acelerado da globalização doenças que costumavam ser restritas geograficamente agora tem potencial de causar um surto em qualquer lugar do mundo⁶.

Durante as duas últimas décadas o padrão de morbimortalidade das doenças infecciosas se modificou, havendo redução nos seus coeficientes de mortalidade. No entanto, mudanças importantes no padrão da ocorrência das doenças infecciosas ou na

dinâmica de transmissão, têm trazido reflexões a cerca dos fatores envolvidos nesse processo. As situações diversas, como introdução de novos agentes infecciosos ou mutações, naqueles já existentes, gerando a capacidade de causar episódios de epidemias, evidenciam a importância de novas estratégias para prevenção e controle⁵.

As doenças epidêmicas já são conhecidas, em sua maioria, para a humanidade, no entanto, os surtos representam uma ameaça à saúde pública. As disparidades de desenvolvimento, colapso de pobreza, urbanização, conflitos civis, degradação ambiental e a globalização, com intensificação de viagens e comércio são fatores que contribuem para os novos desafios colocados pelas doenças infecciosas emergentes⁷.

As ameaças à saúde pública provocaram desenvolvimento na diplomacia internacional da saúde, com isso os riscos de relevância internacional ganharam esforços contemporâneos diante da globalização da saúde. Tal fato gera provocações à governança global, sendo necessária a modernização de novos protocolos para responder as ameaças globais⁸.

1.2 Regulamento Sanitário Internacional

Diante das modificações no contexto tecnológico e econômico o RSI (2005), instrumento jurídico elaborado para *“prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacional”* foi revisado em 2005, na Quinquagésima Oitava Assembleia da OMS e passou a vigorar a partir de 2007. O RSI

(2005) traz inovações quanto às responsabilidades das autoridades nacionais frente aos eventos que possam apresentar ameaça à população ⁹.

A revisão do RSI (2005) é um marco importante para a saúde pública, visto que contempla, dentre suas orientações, novas estratégias de vigilância e controle de doenças transmissíveis, independente da origem ou fonte, incluindo eventos inesperados que apresentam dano significativo à saúde da população. Os países signatários devem avaliar seu sistema de saúde pública e aprimorar sua capacidade para detecção, avaliação de risco e resposta aos eventos de saúde pública para reunir os requisitos mínimos das capacidades básicas estabelecidas¹⁰.

As principais obrigações estabelecidas no novo documento são: designar ou estabelecer um ponto focal nacional para o RSI; fortalecer e manter a capacidade para detectar e responder rapidamente aos eventos de saúde pública; responder às solicitações de verificação de informação com respeito ao risco para a saúde pública; avaliar os eventos de saúde pública ao aplicar o instrumento de decisão e notificar à OMS, no prazo máximo de 24 horas, todos os eventos que podem constituir uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII); proporcionar inspeção sistemática e atividades de controle em aeroportos internacionais, portos e passagens de fronteiras terrestres, designadas para prevenir a propagação internacional de doenças; fazer o que for possível para implementar medidas recomendadas pela OMS e colaborar na implementação do RSI (2005) ⁹.

Nessa nova perspectiva, o RSI (2005) determina, entre outras providências, que os Estados Membros desenvolvam, fortaleçam e mantenham as capacidades básicas para vigilância e resposta de seu território ^{2,9}. No Brasil, o ponto focal para a OMS é o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) no qual funciona

em rede de forma descentralizada e regionalizada. Criado em 2005, o Cievs descentralizou suas ações aos estados e suas capitais, fornecendo incentivo tecnológico para a implantação desses centros nas Unidades Federadas (UF). Esses centros são responsáveis pela detecção, avaliação, notificação e monitoramento dos Riscos e/ou Emergências de Saúde Pública.

1.3 Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública

A vigilância epidemiológica é o processo sistemático e contínuo que engloba a coleta de dados, análise, interpretação e disseminação de informação com a finalidade de recomendar e adotar medidas de controle de problemas de saúde coletiva. Um sistema de vigilância opera em diversas hierarquias, desde o nível local até o internacional ¹¹. No âmbito da vigilância epidemiológica, há a vigilância das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Na conformação em que se encontra a vigilância epidemiológica do estado de Pernambuco, o nível central das ações estaduais se concentra na sede da Secretaria Estadual de Saúde (SES), onde agrupa seis secretarias executivas, dentre elas a Secretaria de Vigilância em Saúde (SEVS). A SEVS está subdividida em três diretorias e as ações voltadas para as doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência, encontra-se dentro da diretoria geral de controle de doenças e agravos. Além desta, a Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica (DGIAEVE), concentra as atividades do Cievs, responsáveis pela detecção e resposta coordenada as emergências de saúde pública.

As emergências de saúde pública são alvo de muitas discussões no âmbito nacional, estadual e municipal, pela necessidade de criação de novas estratégias para prevenção e controle de doenças emergentes e reemergentes. De acordo com o RSI (2005), cada Estado Parte deverá estar preparado para responder a essas emergências.

A Portaria GM/MS N° 2.952, de 14 de Dezembro de 2011¹², consolida o conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) como:

“Situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas seguintes situações:

a) surtos e epidemias que:

- 1. Apresentem risco de disseminação nacional;*
- 2. Sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados;*
- 3. Representem a reintrodução de doença erradicada;*
- 4. Apresentem gravidade elevada; ou*
- 5. Extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde*

b) situação de desastre: evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública;

c) situação de desassistência à população: evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS”.

Doenças transmissíveis são ameaças persistentes para a saúde e o bem-estar das pessoas. Eventos de emergência em saúde pública como a *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) e a gripe têm mostrado o potencial de causar impactos significativos não apenas por meio da morbidade e mortalidade, mas também no turismo e na economia dos países¹³.

É difícil prever quando uma pandemia ocorrerá, sua gravidade e a exata identidade do vírus a ela relacionado. Pode-se afirmar que uma das estratégias mais

preciosas para o retardo da transmissão é a vigilância epidemiológica, isto é, a detecção precoce dos primeiros casos, o bloqueio da transmissão e a intervenção oportuna¹⁴.

As atividades de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis constituem-se em um importante instrumento de prevenção e controle de doenças, fornecendo subsídios para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde. Além disso, a vigilância epidemiológica se propõe a conhecer e acompanhar o comportamento de doenças, visando ao controle ou à eliminação².

Dentre as doenças transmissíveis há um grupo de doenças que demandam respostas mais imediatas diante a ocorrência de um caso, entre os fatores relacionados à escolha dessas doenças para compor este elenco, estão a severidade, transmissibilidade, transcendência, vulnerabilidade, dentre outros fatores que se tornam importantes pelo seu potencial de causar impacto para a saúde, comércio, turismo e conseqüentemente, para a economia. Estas doenças estão descritas no Anexo II da Portaria GM/MS Nº 104 de 25 de janeiro de 2011, sendo estas, alvo deste estudo^{9,15}.

Diante da necessidade de detecção precoce destas doenças transmissíveis e agravos de saúde pública, o sistema de vigilância epidemiológica, deve incorporar as inovações científicas e tecnológicas, visando à melhoria de sua abrangência e qualidade, mantendo-se assim, atualizado para o enfrentamento aos novos desafios à saúde da população¹⁶.

Desta forma, faz-se necessário realizar uma avaliação da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis no estado de Pernambuco, frente às situações de emergências de saúde pública. Pernambuco deve estar preparado em todas as suas regiões de saúde para responder a surtos e epidemias.

1.4 A avaliação do desempenho como instrumento de decisão

A avaliação consiste essencialmente em imprimir juízo de valor sobre uma intervenção, somando informações válidas para a tomada de decisão e planejamento das ações nas organizações, visando à melhoria da qualidade do serviço prestado^{17,18}.

As exigências do RSI (2005) trazem a necessidade de uma avaliação dos sistemas de vigilância, nos seus vários âmbitos. Desta forma, no ano de 2008, foi realizada uma avaliação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), com o objetivo de avaliar as capacidades básicas de vigilância e resposta do SNVE¹⁹.

Considerando o caráter federativo do país e a organização descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), as capacidades básicas foram avaliadas nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). No estado de Pernambuco, a avaliação foi realizada no âmbito estadual e municipal (no município do Recife, capital do estado).

A avaliação verificou que ambos dispunham de equipes especializadas, infraestrutura e mecanismos de articulação e coordenação, tanto para detectar, avaliar e notificar, quanto para investigar, intervir e comunicar¹⁹.

No que se refere aos sistemas de saúde, menciona-se frequentemente desempenho como eficácia, eficiência, qualidade e acesso aos serviços de saúde, etc. Viacava (2004) ao fazer uma revisão de literatura sobre os modelos de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, utilizados por várias instituições internacionais, observa que a maior parte dos indicadores são voltados para o alcance de metas, considerando diversos fatores como componentes dos sistemas de saúde. Neste mesmo estudo, é feita uma proposta para avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro, considerando os princípios e objetivos do SUS, atendendo ao contexto

político, social e econômico. Este método de avaliação, intitulado como PRO-ADESS, possui uma matriz de indicadores, onde são identificados os determinantes de saúde associados aos problemas prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção²⁰.

Grande parte dos estudos sobre avaliação de desempenho foi elaborada para avaliar sistemas de saúde. No Brasil, poucos estudos com esta abordagem avaliativa foram realizados em serviços de saúde.

Champanhe e Contandriopoulos (2010) consideram desempenho como um conceito genérico. Nessa perspectiva, Sicotte et al. (1998) criaram *Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systemes de Santé* (EGIPSS), denominado em português de Modelo de Avaliação Global e Performance de Sistema de Saúde²¹.

O Modelo EGIPSS engloba quatro funções essenciais para o bom desempenho de uma organização: Adaptação (adapta-se ao meio ambiente e as inovações), Metas (capacidade de atingir os objetivos fundamentais da organização), Produção (volume e qualidade dos serviços produzidos) e Valores (referente às normas e cultura da organização). Essas funções se relacionam entre si por equilíbrios, os quais são ligações recíprocas entre as funções essenciais deste modelo, que devem ser mantidos para um bom desempenho²¹.

Na perspectiva do modelo integrador, o desempenho é medido de forma multidimensional sendo necessária, para um bom desempenho, a capacidade de desenvolver cada uma das funções (Adaptação, Metas, Produção e Valores) como essenciais para a sustentabilidade de uma organização²¹.

Este modelo congrega uma síntese de métodos de avaliação do desempenho e baseia-se em fundamentos teóricos e operacionais, demonstrando sua validade em muitas aplicações²².

De acordo com a Teoria Parsoniana, o paradigma das quatro funções serve como fonte de interpretação da ação humana em geral. Em seu modelo de interpretação social, Parson considera as funções como pré-requisito para a existência de um sistema social²³. Cada uma das funções do modelo EGIPSS atua de forma dinâmica, mantendo interações recíprocas, representadas pelos equilíbrios²¹.

No ano de 2012, pesquisadores do *Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal*, juntamente com a equipe do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, aplicaram o modelo EGIPSS em hospitais do estado do Mato Grosso do Sul, ainda que os resultados dessa pesquisa não tenham sido divulgados em periódicos científicos, pode-se evidenciar que poucos estudos sobre desempenho são desenvolvidos no âmbito da vigilância em saúde²².

Battesini em 2008, demonstrando pioneirismo na utilização do modelo EGIPSS no Brasil, avaliou o desempenho da Vigilância Sanitária em âmbito municipal, no Rio Grande do Sul²⁴.

Esse método inovador é utilizado no presente trabalho para medir o desempenho de uma parte da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis em Pernambuco, buscando a partir das informações obtidas, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo em vista a necessidade de inovação e transformação de antigos

processos de trabalho utilizados pela vigilância epidemiológica, diante dos desafios da globalização, das ameaças à saúde pública e do risco de pandemias.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- ✓ As exigências de fortalecimento das capacidades de detecção e resposta da vigilância, advindas da revisão do Regulamento Sanitário Internacional (2005);
- ✓ O crescimento econômico de Pernambuco, intensificando o fluxo de pessoas e mercadorias, inclusive para o interior do estado, aumentando os riscos para doenças transmissíveis;
- ✓ Os eventos de massa de grande porte, como a Copa das Confederações e a Copa do Mundo FIFA 2014, que concentram um grande contingente populacional, aumentando os Riscos de Saúde Pública, na sua maioria de natureza infecciosa;
- ✓ a inexistência de estudos avaliativos em nível regional do estado de Pernambuco.

Este estudo torna-se pertinente por:

- ✓ Subsidiar a tomada de decisões para o planejamento das ações voltadas para preparação às Emergências de Saúde Pública de natureza infecciosa;
- ✓ Contribuir para os serviços de saúde, construindo um modelo lógico para avaliação dessa temática da saúde pública;
- ✓ Possibilitar avanço nas práticas de vigilância epidemiológica, visto que todo sistema, para ser efetivo, deve ser permanentemente atualizado, incorporando as inovações científicas e tecnológicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para emergência de saúde pública no estado de Pernambuco no ano de 2012.

3.2 Específicos

- ✓ Verificar a adaptação da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis para a inovação e transformação dos novos mecanismos utilizados para prevenção de doenças;
- ✓ Analisar a produção das ações de vigilância e controle de doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública;
- ✓ Identificar a capacidade de resposta da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis frente às emergências de saúde pública;
- ✓ Identificar os valores institucionais no desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis.

4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Estudo avaliativo do desempenho baseado no Modelo Normativo do Sistema de Ação Racional de Champagne e Contradiopoulos (2005), chamado de Modelo de Avaliação Global e Performance de Sistema de Saúde (EGIPSS)²¹.

4.2 Área de estudo

O estudo realizou-se no estado de Pernambuco, o qual possui 98.311,62 km² de área geográfica, fazendo fronteira com os estados da Paraíba, Ceará, Piauí, Bahia e Alagoas. O estado é dividido em 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha, a 500 km da costa, tendo a cidade do Recife como sua capital²⁵.

Pernambuco possui destinos turísticos com uma imagem bem consolidada junto ao público nacional e internacional. Atualmente, é um dos três principais estados do Nordeste brasileiro no que diz respeito à recepção de turistas, ficando atrás apenas da Bahia e do Ceará²⁶.

No âmbito da saúde, está dividido em 12 Regiões de Saúde, que são unidades técnico-administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, tendo como missão o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações/serviços de saúde e das diretrizes da política estadual de saúde em cada região de saúde.

O estudo foi realizado no âmbito regional, nas Regiões de Saúde que durante todo o ano de 2012 exerceram as atividades de vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis. Desta forma, foram eleitas 11 Regiões de Saúde para o estudo, sendo elas: I (Recife), II (Limoeiro), III (Palmares), IV (Caruaru), V (Garanhuns), VI (Arcoverde), VII (Salgueiro), VIII (Petrolina), IX (Ouricuri), X (Afogados da Ingazeira)

e XI (Serra Talhada). A XII Região de Saúde (Goiana) foi excluída do estudo por ser recentemente inaugurada (setembro/2012), após o projeto de regionalização.

4.3 População e período de estudo

A população do estudo foi representada pelos gestores e/ou técnicos da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, das Regiões de Saúde de Pernambuco. O período de referência para o estudo é o ano de 2012.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os gestores e/ou técnicos da vigilância epidemiológica das Regiões de Saúde, no período de 2012, na vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis.

4.3.2 Critérios de Exclusão

As Regiões de Saúde que não estiveram em funcionamento no período de 2012.

4.4 Construção do Modelo Lógico da Intervenção

Elaborou-se o modelo lógico da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública, visando identificar e detalhar os seus componentes. Nessa etapa foram analisados documentos oficiais (Portarias ministeriais e estaduais, relatórios de gestão, Regulamento Sanitário Internacional) da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e descritos os processos de trabalho particulares a esta prática.

Para identificação das doenças avaliadas, utilizou-se o Anexo II da Portaria Estadual SES/PE N° 104 de 17 de fevereiro de 2012, na qual estão descritas as doenças

de notificação compulsória imediata escolhidas para análise neste estudo (Anexo 1). Foram analisados os indicadores referentes às doenças que possuíam registro do Sinan de Pernambuco, dentre elas estão, coqueluche, doença de chagas, doença meningocócica, sarampo, rubéola, dengue grave, influenza por novo subtipo e SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave).

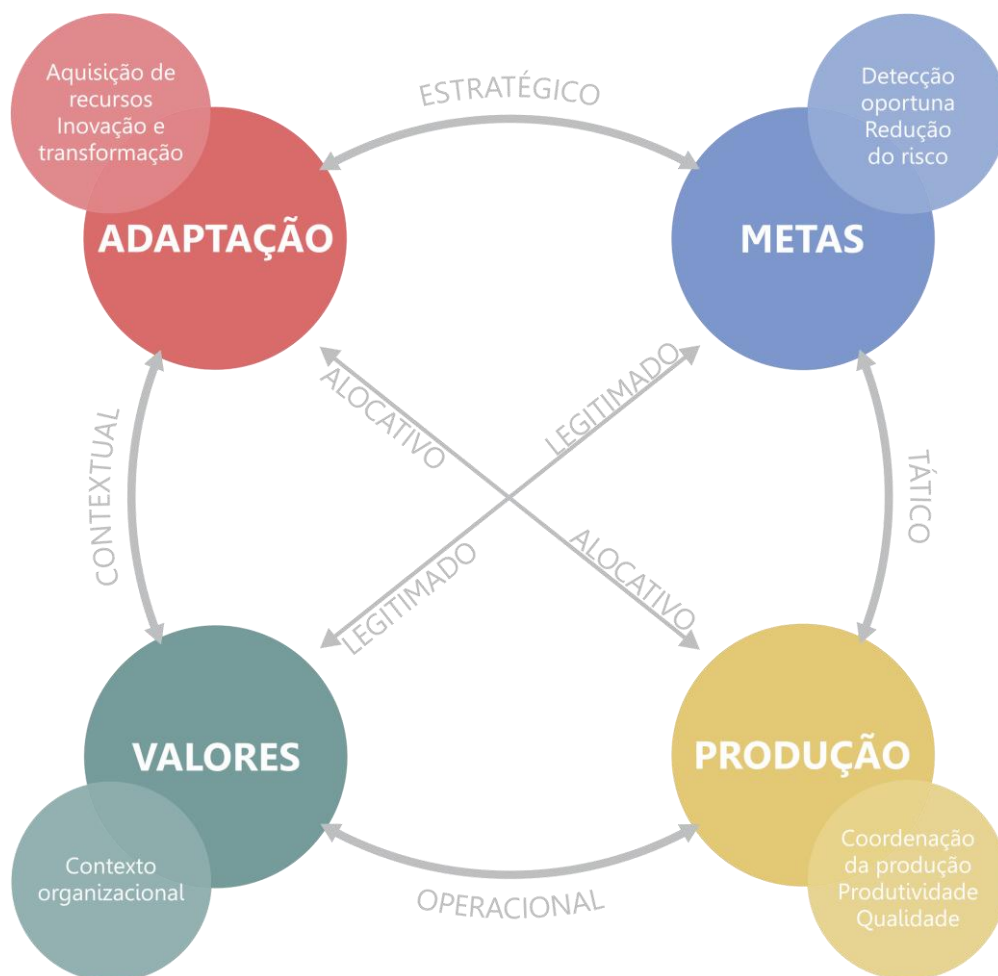
O modelo lógico é uma apresentação gráfica elaborada para discriminar de forma esquemática o objeto de estudo. Tem como objetivo contribuir para o conhecimento global do programa a ser avaliado e evitar erros de planejamento. Nesta ferramenta são detalhados os componentes da intervenção e a forma de operacionalização dos mesmos, considerando uma sequência lógica das atividades que representam os efeitos finais²⁷. Para a construção do modelo lógico foram utilizados os seguintes componentes: Gestão, Detecção do Risco, Comunicação do Risco e Resposta Coordenada (Apêndice C).

4.5 Construção da Matriz de Desempenho

Após a construção do modelo lógico da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública foi elaborada a matriz de desempenho, tendo como referência o modelo EGIPSS.

Na elaboração desta matriz foram identificados critérios e indicadores que representassem cada uma das funções do modelo EGIPSS (Adaptação, Metas, Produção e Valores) de acordo com a intervenção a ser estudada. Para esse estudo foram consideradas as dimensões demonstradas na Figura 1.

Figura1. Adaptação do Modelo EGIPSS para avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública.



Fonte: Adaptado do Modelo de Avaliação Global e Performance de Sistema de Saúde (EGIPSS)

Foram elaborados indicadores, de acordo com dimensões, e parâmetros pré-estabelecidos, de acordo com seu grau de importância na intervenção (Apêndice D).

Quadro 1. Descrição das dimensões e equilíbrios do modelo utilizado no estudo em relação às funções.

Função	Dimensão	Definição
Adaptação	Aquisição de Recursos	Capacidade de obter recursos financeiros, físicos e humanos
	Inovação e Transformação	Capacidade de inovar e adaptar-se a novas situações
Produção	Coordenação da Produção	Acordos formais que possibilitam uma organização lógica do objeto
	Produtividade	Otimização da produção em função dos recursos
	Qualidade	Conjunto de atributos que favorece o melhor resultado
Metas	Detecção Oportuna	Capacidade de detectar precocemente os eventos de saúde pública
	Redução do Risco	Conjunto de atividades que visa reduzir os riscos de saúde pública para a população
Valores	Contexto Organizacional	Variáveis que descrevem o contexto organizacional
Equilíbrio	Relação entre as funções	Definição
Estratégico	Adaptação ↔ Metas	Avalia a compatibilidade da implantação dos meios em função das finalidades organizacionais, bem como a pertinência dos objetivos, considerando o meio ambiente e a busca de maior adaptação organizacional.
Alocativo	Adaptação ↔ Produção	Adequação da alocação dos meios; e como os mecanismos de adaptação permanecem compatíveis com os imperativos e os resultados da produção.
Tático	Metas ↔ Produção	Capacidade dos mecanismos de controle que decorrem da escolha dos objetivos organizacionais para administrar o sistema de produção; e como os imperativos e os resultados da produção vêm modificar a escolha dos objetivos da organização.
Operacional	Produção ↔ Valores	Caracterizado pela capacidade dos mecanismos de gerar valores e do clima organizacional que mobilizam para o sistema de produção; assim como o impacto da produção sobre o clima organizacional.
Legitimador	Valores ↔ Metas	Capacidade dos mecanismos de gerar valores e do clima organizacional que contribuiu para alcançar objetivos organizacionais; e como a escolha e a persecução dos objetivos da organização vêm modificar e reforçar os valores e o clima organizacional.
Contextual	Valores ↔ Adaptação	Mecanismos capazes de gerar valores e clima organizacional que mobiliza positivamente o sistema de adaptação; e como os imperativos e resultados da adaptação vêm modificar e reforçar os valores e o clima organizacional.

4.6 Procedimentos para coleta de dados

Para coleta dos dados primários foi utilizado um instrumento semi estruturado composto por variáveis qualitativas e quantitativas, elaborado a partir dos indicadores da matriz de desempenho. Os dados secundários foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de Pernambuco, mediante carta de anuência.

O instrumento foi aplicado aos gestores da Vigilância Epidemiológica, considerados informantes-chaves, das 11 Regiões de Saúde, por meio de entrevista dirigida.

4.7 Processamento e análise dos dados

Os dados foram consolidados em planilhas de Excel e posteriormente analisados e julgados conforme os parâmetros estabelecidos na matriz de desempenho.

Para cada uma das funções foi estabelecido um conjunto de indicadores, no qual o escore máximo foi de 250 pontos. Desta forma, foram estabelecidos parâmetros para avaliação de cada uma das quatro funções do modelo, sendo estratificada da seguinte forma:

- ✓ Satisfatório (250 |-- 200 pontos)
- ✓ Aceitável (200 |-- 150 pontos)
- ✓ Pouco Aceitável (150 |-- 100 pontos)
- ✓ Insatisfatório (\leq 100 pontos)

A avaliação global de cada função se deu pela média aritmética dos escores das 11 Regiões de Saúde, sendo este o resultado alcançado para a função no Estado. Posteriormente, calculou-se o desvio padrão a fim de medir a variabilidade dos dados em relação à média. Além disto, para melhor compreensão do quanto a dimensão e função atingiram em relação ao escore máximo pactuado, foi calculado o percentual obtido, demonstrado em tabelas.

Para o conjunto das funções - desempenho global - foi realizado o somatório das pontuações obtidas na avaliação de cada função, totalizando no máximo 1000 pontos. Para obtenção do escore final do estado, foi calculada a média aritmética do resultado final das 11 Regiões de Saúde. Desta forma, a avaliação de desempenho global foi estratificada em quatro parâmetros, ponderados de acordo com a estratificação elaborada para avaliação das funções:

- ✓ Satisfatório (1000 |-- 800 pontos)
- ✓ Aceitável (800 |-- 600 pontos)
- ✓ Pouco aceitável (600 |-- 400 pontos)
- ✓ Insatisfatório (\leq 400 pontos)

Os equilíbrios entre as funções do modelo EGIPSS foram analisados após coleta de dados e descritos na discussão do estudo.

4.8 Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo inovador e sem muitas referências para sua elaboração, foram descritas as limitações encontradas para realização deste estudo:

- Para elaboração da matriz de desempenho não houve consulta aos especialistas na área de vigilância epidemiológica. Ainda que a matriz tenha sido compartilhada com estes, porém sem sucesso de retorno de apreciações.
- Os entrevistadores foram funcionários do nível central da SES, o que pode ter comprometido a resposta do informante chave.
- Não foi realizada uma prévia avaliação da implantação da vigilância das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública e também não há conhecimento sobre estudos com esse objeto.
- Os pontos de corte para a definição dos parâmetros de avaliação foram estabelecidos de forma arbitrária pelos pesquisadores, baseado nos instrumentos estudados para elaboração da matriz de desempenho.
- Este estudo não permite avaliar ações específicas da vigilância epidemiológica, a exemplo das vigilâncias de cada doença, foi avaliado de forma genérica as ações de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis.
- Esta avaliação não se aplicou ao nível central da vigilância epidemiológica do estado. Por este motivo, o estudo não representa o estado de Pernambuco e sim a vigilância do nível regional.

4.9 Aspectos éticos

O presente projeto está de acordo com as normas da Resolução 196/1996 – CNS e será submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (Nº2157/2011). Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo a confidencialidade dos dados, o anonimato dos entrevistados, assim como, a possibilidade de descontinuidade na pesquisa.

Obteve-se a assinatura de carta de anuência da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, na qual é responsável pelas ações de vigilância no nível estadual. As informações coletadas são utilizadas para fins acadêmicos e de divulgação da pesquisa, comprometendo-se com a divulgação da fonte, assim como a preservação dos nomes dos entrevistados.

5 RESULTADOS

Os resultados foram dispostos de acordo com cada uma das quatro funções do modelo EGIPSS.

5.1 Função Adaptação

Na função adaptação foram analisadas duas dimensões: **Adaptação de recursos** e **Inovação e transformação**. Nesta função, a média dos escores obtidos pelas regiões de saúde foi de 193 pontos, correspondendo a 77,1% do escore máximo para esta função, e desvio padrão de 28,7.

Ao analisar a dimensão **Aquisição de recursos**, observa-se que a média do estado foi de 165 pontos, atingindo 82,7% do escore máximo (200) para esta dimensão. A VIII e X regiões de saúde se sobressaem entre as demais por atingirem 190 pontos (95,0%). No entanto, a IV não pontuou no critério recursos financeiros, sendo assim, obteve uma pontuação inferior às demais perfazendo um escore de 120 pontos (60,0%).

Quanto a **Inovação e transformação**, a média obtida foi de 27 pontos (54,5%), sendo a pontuação máxima 50. A VIII e a XI Regiões de Saúde, obtiveram o escore de 50 pontos (100%), obtendo o melhor desempenho nesta dimensão. A região de saúde que menos pontuou foi a I, no qual alcançou apenas 10 pontos (20,0%) (Tabela 1).

O desempenho das regiões de saúde na função **Adaptação** observa-se que a VIII região de saúde destaca-se obtendo o melhor desempenho com um escore de 240 pontos (96,0%), perdendo pontos apenas na dimensão aquisição de recursos. Em seguida a X e a VII e XI igualmente pontuadas, também se encontram em destaque por estarem acima da média para esta função. De acordo com a tabela 1, seis das 11 regiões de saúde se concentraram acima da média.

As Regiões de Saúde que receberam menor pontuação nesta função foram a IV e III Região de Saúde com escores de 140 (56,0%) e 160 (64,0%) respectivamente (Tabela 1). A dimensão inovação e transformação foi igualmente pontuada nas duas Regiões de Saúde, havendo diferença apenas na dimensão aquisição de recursos, onde a IV Região de Saúde apresentou um valor muito inferior as demais. Além destas, a I, V e IX Região de Saúde também permaneceram com pontuação inferior a média obtida para esta função.

Tabela 1. Escores obtidos para as dimensões da função adaptação por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Regiões de Saúde	Aquisição de Recursos		Inovação e Transformação		Total Adaptação	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
I	160	80.0	10	20.0	170	68.0
II	170	85.0	30	60.0	200	80.0
III	140	70.0	20	40.0	160	64.0
IV	120	60.0	20	40.0	140	56.0
V	160	80.0	20	40.0	180	72.0
VI	180	90.0	20	40.0	200	80.0
VII	180	90.0	30	60.0	210	84.0
VIII	190	95.0	50	100.0	240	96.0
IX	170	85.0	20	40.0	190	76.0
X	190	95.0	30	60.0	220	88.0
XI	160	80.0	50	100.0	210	84.0
PE ²	165	82.7	27	54.5	193	77.1
Escore Máximo	200		50		250	
Desvio Padrão	21.1		12.7		28.7	

Nota: ¹Percentual calculado de acordo com o escore máximo para a função.

² Resultado obtido por meio da média aritmética das pontuações das Regiões de Saúde.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que a adaptação da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis para a inovação e transformação dos novos

mecanismos utilizados para prevenção de doenças encontra-se em um padrão aceitável, acordo com os parâmetros estabelecidos neste estudo.

5.2 Função Produção

Para a função produção houve a subdivisão em três dimensões: **Coordenação da produção, Produtividade e Qualidade**. A média de pontos para esta função foi de 137 pontos, correspondendo a 54,7% do escore máximo para a função, apresentando um desvio padrão de 21,6 (Tabela 2).

Entre as dimensões desta função, observa-se que na **Coordenação da produção**, o desempenho revelou-se baixo e homogêneo entre as regiões de saúde, com um desvio padrão de 4,7. Nesta dimensão oito regiões de saúde (I, II, IV, VI, VII, VIII, IX e XI) mantiveram o desempenho acima da média e as demais não pontuaram nesta dimensão (Tabela 2).

Quanto a **Produtividade** a média foi de 60 pontos (42,9%) e o desvio padrão de 8,4. Apenas a V, VII, VIII e IX alcançaram escores acima da média, as demais mantiveram seus escores abaixo ou igual a 60 pontos, sendo a I e XI as Região de Saúde que acumularam o menor escore (50 pontos) nesta dimensão.

A dimensão de **Qualidade** obteve uma média de 70 pontos, representando 77,3% do escore máximo (90 pontos) e o desvio padrão de 14,9. Nesta dimensão há um destaque para a VIII, na qual alcançou o escore máximo, obtendo o melhor desempenho. A X obteve a menor pontuação com o escore de 50 pontos (55,6%).

A região de saúde que alcançou melhor desempenho nesta função foi a VIII, perfazendo um total de 170 pontos (68,0%), seguida da VII e IX nas quais obtiveram o escore de 160 pontos (64,0%) (Tabela 2).

Enquanto a VI obteve o menor desempenho nesta função com um escore de 105 pontos (42,0%), seguida da X (44,0%) e da I (48,0%). Além destas outras quatro regiões de saúde (III, IV, VII e XI) também se mantiveram abaixo da média para esta função (Tabela 2).

Tabela 2. Escores obtidos para as dimensões da função produção por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Regiões de Saúde	Coordenação da Produção		Produtividade		Qualidade		Total Produção	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
I	10	50.0	50	35.7	60	66.7	120	48.0
II	10	50.0	55	39.3	80	88.9	145	58.0
III	0	0.0	55	39.3	70	77.8	125	50.0
IV	10	50.0	55	39.3	65	72.2	130	52.0
V	0	0.0	70	50.0	80	88.9	150	60.0
VI	10	50.0	55	39.3	40	44.4	105	42.0
VII	10	50.0	70	50.0	50	55.6	160	64.0
VIII	10	50.0	70	50.0	90	100.0	170	68.0
IX	10	50.0	70	50.0	80	88.9	160	64.0
X	0	0.0	60	42.9	50	55.6	110	44.0
XI	10	50.0	50	35.7	70	77.8	130	52.0
PE ²	7	36.4	60	42.9	67	74.2	137	54.7
Escore Máximo	20		140		90		250	
Desvio Padrão	4.7		8.4		15.5		21.6	

Nota: ¹Percentual calculado de acordo com o escore máximo para a função.

² Resultado obtido por meio da média aritmética das pontuações das Regiões de Saúde.

De acordo com estes, classificou-se como pouco aceitável a produção das ações de vigilância e controle das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública, nas regiões de saúde do estado.

5.3 Função Metas

Nesta função foram analisadas duas dimensões: **Deteção do risco** e **Redução do risco**. A média de pontos obtidos foi de 144 pontos, correspondendo a 57,6% do escore máximo para a função e o desvio padrão de 25,7.

Analisando a **Deteção oportuna**, sete regiões de saúde alcançaram a pontuação máxima para esta dimensão, perfazendo um total de 50 pontos (100%), foram elas: I, II, III IV, VI, IX e X. No entanto, a VII não atingiu nenhuma pontuação. Esta dimensão trata da oportunidade de comunicação das doenças de notificação compulsória imediatas ao Cievs (Tabela 3).

Quanto a **Redução do risco**, quase todas as regiões de saúde pontuaram igualmente 110 pontos, exceto a XI que obteve um escore de 60 pontos, obtendo 30,0% do resultado esperado. Nesta dimensão analisou-se, além da oportunidade de investigação, o indicador relacionado à questão laboratorial e neste item todas as regiões de saúde obtiveram o menor desempenho.

Os escores que revelaram o melhor desempenho nesta função foram obtidos por sete regiões de saúde (I, II, III IV, VI, IX e X), com 160 pontos, equivalente a 64% do resultado esperado. As demais mantiveram seus escores abaixo da média.

Para esta função, a XI apresentou o pior desempenho acumulando um escore de 85 pontos (34,0%), estando abaixo da média para a função, deixando seu desempenho muito aquém das demais. Além desta, mais três regiões de saúde mantiveram seus escores abaixo da média, a V, VII e a VIII (Tabela 3).

Tabela 3. Escores obtidos para as dimensões da função metas por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Regiões de Saúde	Detecção oportuna		Redução dos Riscos		Total Metas	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
I	50	100.0	110	55.0	160	64.0
II	50	100.0	110	55.0	160	64.0
III	50	100.0	110	55.0	160	64.0
IV	50	100.0	110	55.0	160	64.0
V	25	50.0	110	55.0	135	54.0
VI	50	100.0	110	55.0	160	64.0
VII	0	0.0	110	55.0	110	44.0
VIII	25	50.0	110	55.0	135	54.0
IX	50	100.0	110	55.0	160	64.0
X	50	100.0	110	55.0	160	64.0
XI	25	50.0	60	30.0	85	34.0
PE ²	39	77.3	105	52.7	144	57.6
Escore Máximo	50		200		250	
Desvio Padrão	17.2		15.1		25.7	

Nota: ¹Percentual calculado de acordo com o escore máximo para a função.

² Resultado obtido por meio da média aritmética das pontuações das Regiões de Saúde.

De acordo com os resultados obtidos nesta função foi possível identificar que a capacidade de resposta da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis frente às emergências de saúde pública, encontra-se em um padrão pouco aceitável.

5.4 Função Valores

Nesta função considerou-se apenas a dimensão de **contexto organizacional**, a qual utilizou quatro indicadores para este estudo. Nesta função observa-se uma média de escores maior entre as demais funções estudadas, obtendo 214 pontos de média entre as 11 Região de Saúde, sendo 85,6% do escore máximo, com um desvio padrão de 28,4.

As regiões de saúde que obtiveram maior pontuação, a VII e a X, se destacaram por atingir o escore máximo para a função com 250 pontos (100%). Em seguida a I pontua 240 pontos (96,0%), obtendo também um bom desempenho no quesito **contexto organizacional** (Tabela 4).

As IX, VI e III Região de Saúde receberam menor pontuação, ficando abaixo da média do estado com escore de 170 (68,0%), 175 (70,0%) e 180 (72,0%) respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4. Escores obtidos para a dimensão da função valores por região de saúde. Pernambuco, 2012.

Regiões de Saúde	Contexto Organizacional		Total Valores	
	N	% ¹	N	% ¹
I	240	96.0	240	96.0
II	220	88.0	220	88.0
III	180	72.0	180	72.0
IV	210	84.0	210	84.0
V	215	86.0	215	86.0
VI	175	70.0	175	70.0
VII	250	100.0	250	100.0
VIII	225	90.0	225	90.0
IX	170	68.0	170	68.0
X	250	100.0	250	100.0
XI	220	88.0	220	88.0
PE ²	214	85.6	214	85.6
Escore Máximo	250		250	
Desvio Padrão	28.4		28.4	

Nota: ¹Percentual calculado de acordo com o escore máximo para a dimensão.

² Resultado obtido por meio da média aritmética das pontuações de cada região de saúde.

De acordo com os resultados obtidos, identificou-se que os valores institucionais encontram-se em um padrão satisfatório para o desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis.

5.5 Avaliação global do desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública no estado de Pernambuco.

Na avaliação global do estado, a VIII região de saúde alcançou o melhor desempenho, com um escore de 770 pontos (77%), nas quatro funções avaliadas. Além desta, a X e VII, com 740 (74%) e 730 (73%) pontos respectivamente, também ganharam destaque entre as demais.

A VIII apresentou-se com o melhor desempenho em duas das quatro funções, adaptação e produção, e a X e VII obtiveram o melhor desempenho na função de cultura de valores.

Entre as regiões de saúde que apresentaram pior desempenho estão a III, IV e V, apresentando um escore de 625 (62,5%), 640 (64%) e 640 (64%) pontos respectivamente. Todas estas se apresentaram abaixo da média global (Tabela 5).

Desta forma, considerando os parâmetros estabelecidos neste estudo à vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública no estado de Pernambuco alcançou uma pontuação global de desempenho de 688 pontos, sendo classificada no estágio de **desempenho aceitável**, onde este parâmetro varia de 800 a 600 pontos (Tabela 5).

Tabela 5. Escores obtidos por função e região de saúde para o desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial rico para uma emergência de saúde pública. Pernambuco, 2012.

Regiões de Saúde	Adaptação		Produção		Metas		Valores		Desempenho total	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
I	170	68.0	120	48.0	160	64.0	240	96.0	690	69.0
II	200	80.0	145	58.0	160	64.0	220	88.0	725	72.5
III	160	64.0	125	50.0	160	64.0	180	72.0	625	62.5
IV	140	56.0	130	52.0	160	64.0	210	84.0	640	64.0
V	180	72.0	150	60.0	135	54.0	215	86.0	680	68.0
VI	200	80.0	105	42.0	160	64.0	175	70.0	640	64.0
VII	210	84.0	160	64.0	110	44.0	250	100.0	730	73.0
VIII	240	96.0	170	68.0	135	54.0	225	90.0	770	77.0
IX	190	76.0	160	64.0	160	64.0	170	68.0	680	68.0
X	220	88.0	110	44.0	160	64.0	250	100.0	740	74.0
XI	210	84.0	130	52.0	85	34.0	220	88.0	645	64.5
PE²	193	77.1	137	54.7	144	57.6	214	85.6	688	68.8
Escore Máximo	250		250		250		250		1000	
Desvio Padrão	28.7		21.6		25.7		28.4		48.1	

Nota: ¹ Percentual calculado de acordo com o escore máximo para a função.

² Resultado obtido por meio da média aritmética das pontuações de cada região de saúde.

6 DISCUSSÃO

A análise por regionais no Estado demonstra particularidades em cada um dos locais pesquisados, evidenciando as diferenças organizacionais de cada uma das Regiões de Saúde, apesar de todas manterem-se em um padrão aceitável de desempenho das atividades de vigilância epidemiológica. Neste estudo pode-se visualizar a dinamicidade da interação entre as funções essenciais, ainda que seus resultados sejam convergentes.

No que se refere à **adaptação da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis para a inovação e transformação dos novos mecanismos utilizados para prevenção de doenças**, nas regiões de saúde não foram observadas dificuldades para financiamento na execução de atividades de prevenção e controle das doenças transmissíveis, assim como para treinamentos sobre o tema.

Embora a avaliação tenha sido feita de forma subjetiva, questionando se o recurso financeiro era suficiente ou não, essa não foi uma questão que gerasse dificuldade de resposta. Algumas questões como planejamento do orçamento em situações de emergência, liberação de recursos programados, prestação de contas de recursos utilizados, não foram abordados nesta dimensão, caracterizando-se como uma limitação para este estudo.

Segundo Mendes (2011) as transformações ocorridas no âmbito social, político e econômico causaram impacto nas condições de vida e de saúde da população, gerando repercussões na alocação de recursos públicos destinados a saúde²⁸. Recentemente publicada a Portaria Nº 1.378, de 9 de julho de 2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde

pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios²⁹. Desta forma, o financiamento das práticas e processos voltados para as ações de a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública devem ser garantidos pelas esferas.

Quanto aos recursos humanos estratégicos, na maior parte das regiões de saúde não foram identificadas pessoas específicas para desenvolvimento das ações. Foi observado que todos os profissionais da vigilância trabalham de forma integrada e a responsabilidade é compartilhada.

No entanto, em estudos realizados no âmbito municipal observa-se uma carência de profissionais de nível superior para o desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica^{30,31}. Segundo um estudo realizado em onze municípios de Pernambuco, foi constatada a deficiência de profissionais de nível superior na vigilância epidemiológica, embora a maior parte dos gestores possuíssem especialização em saúde pública³¹. No âmbito regional nos dois últimos anos, tem sido feitas algumas seleções para ingresso de sanitaristas na SES, contemplando as regiões de saúde, desta forma, procurou-se suprir a carência desses profissionais no nível regional. É provável que tal fato tenha influencia positiva neste estudo.

Todas as regiões de saúde possuem recursos tecnológicos para manutenção das atividades de vigilância epidemiológica, algumas são mais equipadas que outras, no entanto, possuem suporte básico para desenvolvimento das atividades. A boa estrutura tecnológica possibilita a ampliação do uso de informações estratégicas, otimizando a velocidade da comunicação entre as esferas de governo⁵.

No que concerne aos recursos organizacionais, às portarias de notificação compulsória, são utilizadas e divulgadas pelos profissionais, demonstrando a sensibilidade e o conhecimento das doenças que devem ter uma resposta imediata em caso de ocorrência^{22,32}.

Analisando a dimensão inovação e transformação, sendo esta caracterizada pela capacidade do serviço em se adaptar a novas situações, de acordo com a Lei Nº 10.973 de 02 de Dezembro de 2004, na qual dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, inovação é definida como introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços³³.

A inovação tecnológica está em pauta nas agendas de governo, com forte influência no setor saúde e tornou-se comum em organizações e instituições que coloquem a aprendizagem permanente e a produção de novos conhecimentos e tecnologias como centro estratégico de sua sobrevivência e crescimento³⁴.

Um dos pontos estabelecidos como fatores de inovação da vigilância das doenças transmissíveis é a implantação de plantão para funcionamento integral da vigilância. Neste estudo, percebe-se que a maior parte das regiões de saúde não possui plantão de sobreaviso implantado, porém muitas instalam plantão presencial durante eventos de massa.

Apesar de não possuir plantão de sobreaviso na rotina, os gestores da vigilância possuem telefone institucional, facilitando assim o processo inicial de articulação na ocorrência de algum evento de saúde pública, contribuindo para a agilidade na resposta

diante eventos de saúde pública, ratificando a implantação de novos processos de trabalho, contribuindo na inovação e adaptação do serviço as novas tecnologias.

Ainda na dimensão Inovação, foi analisada a realização de busca ativa de rumores na mídia, visto que com a revisão do RSI (2005), esta a atividade passou a ter um papel importante, pois as fontes não oficiais de informação tornaram-se essenciais na detecção precoce de eventos de saúde⁹. A OMS já reconheceu a importância da imprensa na notificação de surtos e com o advento da internet a condução global da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis está se modificando. Cada vez mais, os países e as organizações internacionais estão divulgando seus informes via internet, o que acelera não apenas a disseminação desta informação, como também, a prevenção e controle das doenças^{5,35}.

Sendo assim, quanto à busca ativa de rumores, as regiões de saúde procuram realizar essa atividade, visto que essa é uma etapa importante no processo de detecção do risco, buscando antever os eventos que possam se constituir emergência de saúde pública local.

No que se refere à **produção das ações de vigilância e controle de doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública**, ao analisar os processos internos, verifica-se que os acordos formais elaborados para uma organização do trabalho, traduzidos por meio da coordenação da produção, a maior parte das regiões de saúde possuíam um plano de contingência para vigilância de alguma das doenças estudadas. No entanto, observou-se que, muitas vezes, os planos eram replicados do nível central, deixando de levar em consideração as particularidades regionais.

No sistema de informação, foi utilizado o indicador de oportunidade de inclusão das notificações no Sinan, que se faz importante no sentido do conhecimento compartilhado dos eventos de ocorrência na região para a pronta resposta. No item resposta aos eventos foi analisado o percentual de medidas de controle adotadas observando-se baixo desempenho em algumas regiões. Neste caso, há a necessidade de estudos mais específicos para verificar se esse baixo desempenho se deve a falta de registro deste campo nas fichas de notificação ou a não aplicação das medidas de controle, que favorece a vulnerabilidade da população quanto às doenças transmissíveis.

A periodicidade de atualização do banco de dados do Sinan é essencial para o monitoramento do cenário epidemiológico das doenças transmissíveis, dados de má qualidade podem mascarar possíveis riscos sanitários ou impactar no baixo desempenho desta atividade, como observado neste estudo³⁶.

Para Rodrigues-Júnior (2012) diversos fatores devem ser considerados no processo de produção de informação, tais como, coleta de dados, tratamento, análise e disseminação da informação, esses fatores outorgam o ciclo de informação³⁷.

A utilização da informação permite ordenar os problemas organizacionais, assim como buscar soluções, sendo de fundamental importância a boa qualidade dos dados disponíveis nos sistemas de informação institucionais. Diante de uma emergência de saúde pública, os atores responsáveis pela gestão necessitam de velocidade para as decisões organizacionais, ratificando a importância da qualidade da informação³⁸.

No critério assessoria técnica, este teve positividade no total de suas respostas, o que significa que todas as regiões de saúde prestam assessoria técnica aos municípios de

sua jurisdição. Tal fato confirma o bom desempenho das regiões de saúde em uma de suas mais importantes funções, o apoio técnico aos municípios.

Na dimensão qualidade analisaram-se indicadores relacionados aos atributos do processo de trabalho que favoreciam um melhor resultado. A qualidade é portanto, determinada por um conjunto de atributos do processo que favorecem o melhor resultado possível tendo em vista os conhecimentos, a tecnologia, as expectativas e as normas sociais¹⁶. Desta forma, foram elencados três itens responsáveis pela melhoria dos resultados, o nível de conhecimento no seu objeto de trabalho (medido pelo número de funcionários com pós-graduação em saúde pública), o acesso à rede laboratorial e a notificação negativa.

Quanto ao nível de conhecimento no objeto de trabalho, em todas as regiões de saúde havia pelo menos uma pessoa com pós-graduação em saúde pública. O que nos leva a crer que há um investimento institucional na formação dos seus funcionários, ou até mesmo uma seleção mais criteriosa daqueles que foram contratados para prestar serviço às regiões de saúde.

A disponibilidade laboratorial está presente na maior parte das regiões de saúde, no entanto aquelas que não possuem, encontram poucas dificuldades para encaminhamento de suas amostras para análise. A incorporação do laboratório como fonte notificadora e, portanto componente do sistema de vigilância, além de direcionar as atividades de resposta aos eventos, se faz importante por contribuir na diminuição da subnotificação³⁹.

A notificação negativa é um mecanismo que demonstra vigilância ativa nas regiões de saúde, para este item três doenças transmissíveis com potencial risco para

uma emergência – sarampo, rubéola e paralisia flácida aguda – possuem uma rotina bem estabelecida para esta informação. A notificação negativa foi instituída no Brasil em 1990 e tem este indicador como registro fiel da não ocorrência de casos⁴⁰.

Em estudo realizado sobre a notificação negativa da poliomielite, Teixeira-Rocha (2003), aponta a notificação negativa como principal critério estabelecido para a avaliação do programa de erradicação da poliomielite no Brasil, pois tal critério demonstra a ausência de casos autóctones confirmados. Neste mesmo estudo, observando-se os anos de 1995 a 2000, Pernambuco apresentou uma vigilância adequada, com ausência de casos informada semanalmente por no mínimo 80% das unidades notificadoras⁴⁰.

Em entrevista realizada com os profissionais da vigilância epidemiológica das regiões de saúde, a maior parte informou que os municípios de sua jurisdição realizam a notificação negativa dessas doenças semanalmente. Uma limitação encontrada no estudo para obtenção desta informação, é que este foi um dado coletado em entrevista, não havendo confronto com o banco de dados oficial da área técnica do nível central.

Para avaliação da **capacidade de resposta da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis frente às emergências de saúde pública**, duas dimensões foram analisadas: detecção do risco e redução dos riscos. Estas dimensões não estão contempladas na conformação original do modelo EGIPSS, visto que diante da especificidade do tema estudado, houve a necessidade de adaptação dessas dimensões, respeitando o significado daquelas usadas no modelo original.

Quanto à detecção do risco, foi avaliada a oportunidade de envio de notificação compulsória imediata ao Cievs, localizado no nível central. O Cievs tem a função de

ampliar a capacidade de detecção e resposta às emergências de saúde pública, onde este possui vários canais de comunicação para envio de notificações. Neste ponto as regiões de saúde demonstraram conhecimento à estratégia utilizada para antever os Riscos de Saúde Pública⁵.

Mediante a detecção do risco, outra etapa deve ser considerada na vigilância das doenças transmissíveis, a análise do risco. Rodrigues-Junior (2012) considera a análise de risco como uma ferramenta importante para o gerenciamento de situações de crises – epidemias – tornando esta etapa essencial para a elaboração das estratégias adotadas para enfrentamento das emergências de saúde pública³⁷.

No item redução dos riscos, foram avaliados indicadores relacionados à investigação oportuna e coleta de exames laboratoriais. Quanto à investigação, a maior parte das regiões de saúde alcançou mais de 70% de oportunidade, demonstrando ação imediata na ocorrência de doenças transmissíveis.

No quesito coleta de exames laboratoriais, grande parte das regiões de saúde apresentou um desempenho muito baixo, apesar de possuírem laboratórios para encaminhamento das amostras, as mesmas ou não são coletadas oportunamente, ou não são registradas nas fichas de notificação, o que acarreta um percentual baixo nesse indicador.

Uma limitação encontrada no estudo para esta função foi a falta de inclusão de outros indicadores de processo de trabalho da rotina da vigilância dessas doenças, a exemplo do encerramento oportuno. Neste estudo procurou-se identificar fatores responsáveis pela detecção oportuna e resposta imediata, não abordando os demais indicadores da rotina.

No que se refere aos **valores institucionais no desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis**, procurou-se avaliar a integração da vigilância epidemiológica com os demais setores da saúde, para promoção de uma resposta coordenada aos eventos de saúde pública, assim como o investimento em qualificação profissional de seus funcionários e os organogramas institucionais. Dentre as demais, esta foi a função que obteve o melhor desempenho, alcançando um padrão satisfatório.

Todas as regiões de saúde demonstraram realizar articulação intersetorial para resposta no controle de possíveis emergências de saúde pública. O compartilhamento e entendimento da situação por todos os atores envolvidos no evento direcionam e aumentam a velocidade da resposta, resultando positivamente no enfrentamento aos problemas encontrados, minimizando os danos a saúde da população⁴¹.

No âmbito da qualificação profissional, em todas as regiões de saúde há funcionários treinados e capacitados para execução das atividades de vigilância epidemiológica, inclusive para atuação em investigação de surtos. Tal fato demonstra a preocupação da gestão em promover a qualificação profissional mínima para seus funcionários, buscando incentivar as competências de cada indivíduo.

Para Zarifian (2002) “*competência é a inteligência prática das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma à medida que a diversidade das situações aumenta*”. Tal conceito deve ser incorporado aos profissionais que trabalham com emergências de saúde pública, no entanto são poucos os modelos de avaliação de desempenho que utilizam essa característica como fator que interfere na obtenção dos resultados propostos pela gestão⁴².

Quanto à presença de organograma estabelecido com descrição das atividades, não se tem um padrão único para todas as regiões de saúde. Tenório (2009) considera as relações sociais estabelecidas no interior das empresas como importante elemento de gestão administrativa e pessoal, que interfere no relacionamento da organização com seus diferentes públicos⁴³.

Embora os indicadores elaborados para avaliação desta função sejam direcionados para o contexto organizacional das regiões de saúde, alguns indicadores de motivação no trabalho, liderança, comunicação de risco, trabalho em equipe, entre outros, não foram analisados neste estudo, tornando essa uma limitação para essa função.

Em relação aos equilíbrios dispostos entre as funções do modelo utilizado, procurou-se fazer breves comentários acerca de cada um, buscando esclarecer as interferências dos resultados de cada função. Os equilíbrios aqui descritos foram analisados de acordo com o resultado geral da avaliação de desempenho proposta neste estudo.

A análise do equilíbrio estratégico (adaptação ↔ metas) apontou desarmonia entre essas funções, visto que a função adaptação obteve um padrão aceitável para o desenvolvimento de suas atividades, enquanto que a função de metas revelou um padrão pouco aceitável.

Analisando as dimensões utilizadas para avaliação da função adaptação, a questão da inovação e transformação, e aquisição de recursos, mostraram-se bem estabelecidas na maior parte das regiões de saúde, sendo esses fatores indispensáveis

para as dimensões adotadas na função de metas, a exemplo da detecção oportuna e redução dos riscos.

Um dos fatores importantes para o pouco desempenho apresentado pela função de metas é o registro dos exames coletados oportunamente, onde este indicador revelou-se insatisfatório atingindo percentuais muito baixos em todas as regiões de saúde, deixando a função de metas em um patamar abaixo das demais funções. Nesse sentido nota-se que possivelmente não há a alimentação, ou até mesmo retroalimentação, das informações necessárias para o conhecimento da resposta ao evento.

A desarmonia encontrada entre essas funções também pode dever-se a necessidade de melhoria do sistema de informação utilizado, para um sistema de informação online, principalmente para as doenças com potencial risco de uma emergência, tendo em vista a velocidade com que a análise do perfil dessas doenças deve ser feita, visando a pronta resposta para contenção desses riscos sanitários.

Outro ponto relevante observado no equilíbrio estratégico é o registro da oportunidade da coleta exames, sendo este um campo específico nas fichas de notificação – instrumento utilizado para comunicação de doenças às autoridades sanitárias – porém verifica-se que o registro deste campo torna-se negligenciado durante o processo de investigação, fazendo com que este indicador alcance baixos percentuais de registro.

Quanto ao **equilíbrio alocativo** (adaptação ↔ produção), verifica-se uma desarmonia neste intercâmbio. Ao analisá-lo, observa-se que apesar das regiões de saúde possuírem recursos financeiros, humanos, tecnológicos e organizacionais no

padrão aceitável, a produção para a resposta a eventos de saúde pública ainda não se dá de forma satisfatória.

Os indicadores analisados para o processo de produção de serviço tiveram como fonte de dados o Sinan, sendo assim, ressalta-se a necessidade de melhorar a qualidade das informações incluídas neste sistema, na qual muitas vezes são ignoradas pelos seus notificantes, ou a adaptação do Sinan as novas exigências do RSI (2005).

Ressalta-se ainda a análise de indicadores estratégicos como uma etapa importante na resposta e monitoramento das doenças transmissíveis, desta forma a informática contribui com a agilidade dos ciclos de informação e com a transformação de dados em informações estratégicas, contribuindo para o planejamento, resposta e monitoramento das ações de vigilância epidemiológica³⁷.

Ao avaliar o **equilíbrio tático** (metas ↔ produção) observa-se uma “harmonia negativa”, no sentido de que as duas funções foram avaliadas com um padrão pouco aceitável. De acordo com os resultados obtidos evidencia-se o baixo desempenho alcançado na dimensão de coordenação da produção e produtividade, o que pode ter influência direta na obtenção das metas propostas. Os resultados avaliados nestas funções são decorrentes de bancos de dados institucionais (Sinan e Cievs), no qual estão passíveis de incompletude de suas variáveis, ocasionando o baixo desempenho observado.

O padrão de desempenho obtido pela função produção foi pouco aceitável, estando no contraponto do padrão satisfatório apresentado pela função de valores, tal fato interfere no **equilíbrio operacional** (produção ↔ valores). Desta forma, verifica-se que embora haja um quantitativo mínimo de profissionais capacitados para

desenvolvimento da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis em cada região de saúde e organograma com descrição de atividades por setor – tais fatores avaliados na função de valores – ainda existem alguns pontos a serem melhorados para o bom desempenho da produção de trabalho.

Os sistemas de informação, ponto chave para declínio do desempenho na função produção, são alimentados pelos profissionais dos municípios, local de execução das ações de vigilância, no entanto as regiões de saúde têm a função de monitorar, avaliar e demandar aos municípios correções e melhorias dos sistemas de informação, visando progressos na completitude dos dados.

O **equilíbrio legitimador** (valores ↔ metas) ratifica a importância dos valores institucionais para a obtenção das metas propostas²¹. No caso de Pernambuco, verifica-se que os valores institucionais, aqui dispostos como a qualificação profissional, cooperação intersetorial e organização interna, mantiveram-se de maneira satisfatória, enquanto que o alcance de metas revelou-se pouco aceitável.

Essa desarmonia ratifica a importância do monitoramento e avaliação dos sistemas de informação das regiões de saúde, visto que os indicadores propostos para avaliação das metas estão disponíveis nos sistemas de informação. Os profissionais das regiões de saúde estão capacitados, porém a rotina de monitoramento dos bancos de dados ainda precisa ser mais bem estabelecida, principalmente para assessoria aos municípios de pequeno porte.

Ao analisar o **equilíbrio contextual** (valores ↔ adaptação) verifica-se que há uma desarmonia positiva, considerando que as funções que interagem neste equilíbrio

obtiveram resultados positivos em relação ao seu desempenho, onde a função de adaptação revelou um padrão aceitável e a função de valores um padrão satisfatório.

Desta forma, verifica-se que há um investimento na capacitação profissional dos servidores e que os mesmos têm conhecimento e/ou utilizam bem os recursos disponíveis para o desenvolvimento das atividades de vigilância. Além de que profissionais capacitados estão mais aptos a adaptar-se a novas situações encontradas durante momentos de vigilância e controle das doenças transmissíveis. Zarifian (2002) considera a qualificação profissional como algo essencial pra organização do trabalho diante das condições de produção oferecidas ao trabalhador⁴².

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar o desempenho das ações de vigilância epidemiológica é uma tarefa recente no estado de Pernambuco. Os atuais métodos de avaliação são utilizados na forma de obtenção de resultados, negligenciando muitas vezes outros fatores que podem interferir direta ou indiretamente na avaliação dessas ações.

A utilização do modelo proposto para o estudo, embora tenha sido concebida para sistemas de saúde, mostrou-se aplicável ao objeto deste estudo, uma vez que foi possível verificar a viabilidade da adoção de um modelo integrador, considerando fatores que não são usualmente empregados por avaliadores.

O modelo proposto para o estudo é inovador e permite fornecer contribuições para o campo da avaliação, tendo em vista seu caráter holístico. Ainda que haja limitações a este estudo, ele nos permitiu refletir sobre uma nova forma de avaliar e melhorar o desempenho das ações.

Por meio dos resultados obtidos percebe-se que a vigilância das doenças transmissíveis possui capacidade de adaptação de recursos e os valores institucionais estão bem estabelecidos, precisando aprimorar seus processos de produção e alcance de metas. Tal fato corrobora com a literatura disponível sobre o modelo EGIPSS, pois o modelo integrador revela-se de forma dinâmica, ocasionando interações entre as quatro funções propostas pelo modelo.

O resultado da avaliação da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública revelou-se adequada a realidade operacional da rotina da vigilância, visto que o estado tem suas estratégias bem estabelecidas e reconhecidas. Ainda assim, sabidamente há processos de

trabalho que precisam ser melhorados e/ou implementados de forma mais enérgica para o bom desempenho das ações de vigilância.

Por fim, espera-se que este estudo possa fornecer informações que possam colaborar no processo de tomada de decisão pelo nível gestor das regiões de saúde, uma vez que reconhecido os nós críticos estes se tornam desafios para a gestão, estimulando a constante melhoria do desempenho.

RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados do estudo recomenda-se:

- ✓ Divulgar os recursos financeiros disponíveis aos gestores da vigilância epidemiológica, por meio de notas técnicas, cartilhas ou outros meios de divulgação, para que os mesmos possam planejar suas ações orçando-as de acordo com o recurso disponibilizado.
- ✓ Implantar uma equipe mínima de plantão de sobreaviso nas regiões de saúde, principalmente nos finais de semana e feriados.
- ✓ Elaborar Protocolos de Procedimentos Operacionais Padrão, estabelecendo descrição de papéis, fluxo de comunicação e contatos estratégicos para situações de emergências em saúde pública.
- ✓ Adotar rotina de monitoramento e avaliação do banco de dados do Sinan, demandando as melhorias e correções para os municípios de sua jurisdição, bem como assessorá-los tecnicamente nesta atividade.
- ✓ Padronizar o organograma institucional adotado para a vigilância em saúde nas regiões de saúde, a fim de unificar a definição de papéis entre todos os servidores das regiões de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1.Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde [Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 284 p.
- 2.Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim J. Vigilância em Saúde: É necessária uma legislação de emergência? Revista de Direito Sanitário [online]. São Paulo: 2009;10(2):116-44. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n2/07.pdf>>.
- 3.Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia prático para o controle sanitário de viajantes. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 4.Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2007 Dez;12(6): 1575-89.
- 5.Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Emergências de Saúde Pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. Estudos Avançados. 2008 Dez; 22(64):19–32.
- 6.Aginam, O. Global Health Governance: International Law and Public Health in a Divided World. 2005; v. 00, p. 1–6.
- 7.World Health Organization. Department of Communicable Disease. Surveillance and Response. Global Outbreak Alert and Response. Report of a WHO meeting. Geneva: 2010 Apr. Disponível em: <<http://www.who.int/emc>>
- 8.Filder DP. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. Bull Word Health Organ. 2001; 79(1): 842-49.
- 9.World Health Organization. International Health Regulations (2005). 2º ed. Geneva: 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf>
- 10.Anema A, Druyts E, Hollmeyer HG, Hardiman MC, Wilson K. Descriptive review and evaluation of the functioning of the International Health Regulations (IHR) Annex 2. Globalization and Health 2012; 8:1.
- 11.Braga JU, Werneck GL. Vigilância Epidemiológica. In: Medronho RA...[et al.]. Epidemiologia. 2º ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p 103-52.
- 12.Brasil. Portaria GM/MS Nº 2.952, de 14 de Dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Diário Oficial da União. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2011/12/14>>

13. Michaud J. Global Health Governance: The Scholarly Journal for The New Health Security Paradigm [Internet]. Governance Implications of Emerging Infectious Disease Surveillance na Response as Global Public Goods. New Jersey: Seton Hall University 2010; 3(2): 1-16. Disponível em:
<[http://www.ghgj.org/Michaud_Governance_Implications of EIDs.pdf](http://www.ghgj.org/Michaud_Governance_Implications_of_EIDs.pdf)>.
14. Donalísio MR. Influenza aviária: questões centrais. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2006 Mar; 9 (1): 7-19.
15. Brasil. Portaria GM/MS Nº 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. Diário Oficial da União. Brasília: 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 8º ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.
17. Farand L. A análise da produção. In: Brousselle A, Campagne F, Contandriopoulos AP, Hatz Z. Avaliação conceitos e métodos. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2011; p.115-58.
18. Contandriopoulos AP. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997; p. 29- 47.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica do Pernambuco – Relatório de Avaliação das Capacidades Básicas do Sistema Estadual de Saúde. Brasília: 2009.
20. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva: 2004, 9(3):711-724.
21. Champagne F, Contandriopoulos A-P. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. In: Saúde e Cidadania: As experiências do Brasil e do Quebec. Campinas-SP: Saberes Editora; 2010: p.297-340.
22. Champagne F. et al. Avaliação global e Integrada do desempenho de Hospitais do Mato Grosso do Sul. [Nota Técnica]. Institut de Recherche em Santé publique de l' Université de Montral e Equipe do Conselho Nacional de Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, 2012.

23. Melo, MF. Talcott Parson na Teoria Sociológica Contemporânea. Revista Espaço Acadêmico. Maringá - PR; 2012 Set; 12 (136): 130-40.
24. Battesini M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção; 2008.
25. Pernambuco: Governo do Estado. Turismo em Pernambuco [Internet]. Pernambuco: Secretaria de Turismo [citado em 2012 Dez 15]. Disponível em <<http://www.pe.gov.br/conheca/turismo/>>.
26. Pernambuco: Governo do Estado. Pernambuco para o mundo [Internet]. São Paulo: Equipe Técnica Indústrias Criativas. 2008 Jan. [citado em 2012 Dez 20]. Disponível em http://www2.setur.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=22093&folderId=30717&name=DLFE-1984.pdf
27. Medina MG. et. al. Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005: p 41-74.
28. Mendes A, Leite MG e Marques RM. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. Saúde e Sociedade. São Paulo: 2011; 20 (3): 673-90.
29. Brasil. Portaria GM/MS Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. Brasília: 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/119693-1378.html>
30. 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. Salvador: 2010; 34(3): 590-601.
31. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubex LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife: 2005; 5(1): 53-62.
32. Pernambuco. Portaria Estadual Nº 104 – Republicada no DOE Nº45, de 9 de Março de 2012, por ter saído com incorreção do original no DOE de 17 de Fevereiro de 2012: Acrescenta doenças e agravos estaduais à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. Diário Oficial de Pernambuco. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/108557277/PORTARIA-ESTADUAL-N%C2%BA-104>
33. Brasil. Lei nº 10.973, de 02 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras

providências. Brasília -DF: Congresso nacional; 2004. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm

34. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2012 Jun [citado 2013 Nov 24]; 21(2): 432-39. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200023&lng=pt.
35. Woodall JP. Global Surveillance of Emerging diseases: the ProMED-mail perspective. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2001;17: 147-54.
36. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
37. Rodrigues-Junior AL. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; 2012; 17 (3): 797-805.
38. Amaral AS, Sousa AJFP. Qualidade da informação e intuição na tomada de decisão organizacional. *Perspectivas em Ciência da Informação*. Minas Gerais: 2011; 16 (1): 133-46.
39. Faustini A, et al. Estimating incidence of bacterial meningitis with capture-recapture method, Lazio Region, Italy. *Eur J Epidemiol*. 2000; 16 (9): 843-8. PubMed PMID: 11297227.
40. Teixeira-Rocha ES, Tavares-Neto J. Indicadores de efetividade da vigilância epidemiológica para paralisias flácidas agudas no Brasil de 1990 a 2000. *Rev Panam Salud Publica*. 2003 Nov; 14(5): 325-33.
41. Jost CC, Mariner JC, Roeder PL, Sawtri E, Macgregor-Skinner GJ. Participatory epidemiology in disease surveillance and research. *Scientific and Technical Review*. London: 2007; 26: 537-49.
42. Zarifan, P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. In: *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas; 2001. _____ . São Paulo: Editora Senac, 2002.
43. Bittencourt C, Vieira MA, Tenório RM. A avaliação de desempenho e a esquecida dimensão social das pessoas nas organizações: estudo de caso em uma empresa petroquímica e a metáfora de uma rede neural como modelo proposto integrador. In: Tenório RM, Vieira MA. *Avaliação e sociedade: a negociação como caminho* [Online]. Salvador–BA: EDUFBA; 2009: 273-300. DOI:
<http://dx.doi.org/10.7476/9788523209346>

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Patrícia Michelly Santos Lima, o(a) convido para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COM POTENCIAL RISCO PARA UMA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA EM PERNAMBUCO”, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde , pertencente ao Programa de Pós-graduação *Strictu Senso* em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para emergência de saúde pública no estado de Pernambuco no ano de 2012.

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

A sua participação será por meio de um questionário que o(a) senhor(a) deverá responder. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos.

Os resultados serão avaliados pela pesquisadora e qualquer dúvida em relação a este trabalho, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81)96841996 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) pelo telefone (81)2122.4756.

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

Pernambuco, ____ de _____ de 2013

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este instrumento de coleta de dados tem por objetivo avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde.

Composto por questões mistas (fechadas e abertas) visa caracterizar o desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública em relação a sua capacidade de Adaptação, Produção do trabalho e Valores institucionais. As questões relativas à obtenção de Metas envolvem a busca de dados secundários nos sistemas de informação em saúde.

ADAPTAÇÃO

I – Recursos Financeiros

1. Na Região de saúde há disponibilidade de recursos financeiros para ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis em caso de emergência de saúde pública?
 Sim Não Não sabe

2. Na Região de saúde há disponibilidade de recursos financeiros destinados para capacitações/treinamentos em doenças transmissíveis?
 Sim Não Não sabe

II – Recursos Humanos Estratégicos

3. Número de funcionários da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis?

4. Número de funcionários da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com 40h semanais de trabalho?

III – Recursos Tecnológicos*

*Considerar os recursos disponíveis para toda a Região de saúde

Dispõe de computador em funcionamento? ()Sim ()Não ()Não sabe
5. Se sim, quantos? _____

6. Dispõe de quantas impressoras em funcionamento?
()Sim ()Não ()Não sabe
Se sim, quantos? _____

7. Dispõe de quantos pontos de internet regular?
()Sim ()Não ()Não sabe
Se sim, quantos? _____

8. Dispõe de telefone fixo? ()Sim ()Não ()Não sabe
Se sim, realiza chamadas interurbanas? ()Sim ()Não ()Não sabe

9. Dispõe de telefone celular? ()Sim ()Não ()Não sabe

10. Dispõe de aparelho de fax? ()Sim ()Não ()Não sabe

IV – Recursos Físicos

11. A Região de saúde possui sala disponível para desenvolvimento das atividades da vigilância epidemiológica? ()Sim ()Não ()Não sabe
Se sim, há espaço disponível para a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis? ()Sim ()Não ()Não sabe

V – Recursos Organizacionais

12. Utiliza a Portaria GM/MS Nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que dispõe sobre as Doenças de Notificação Compulsória? ()Sim ()Não ()Não sabe

13. Utiliza a Portaria SES/PE Nº 104 de 17 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre as Doenças de Notificação Compulsória? ()Sim ()Não ()Não sabe

14. Divulga a Portaria GM/MS Nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que dispõe sobre as Doenças de Notificação Compulsória? ()Sim ()Não ()Não sabe

15. Divulga a Portaria SES/PE N° 104 de 17 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre as Doenças de Notificação Compulsória? ()Sim ()Não ()Não sabe
16. A Região de saúde mantém funcionamento em período integral (manhã e tarde) diariamente?
()Sim ()Não ()Não sabe
Se não, porque? _____
17. Possui laboratório regional funcionando e disponível diariamente em período integral? ()Sim ()Não ()Não sabe
Se não, porque? _____
18. Existe plantão de sobreaviso implantado na Região de saúde?
()Sim ()Não ()Não sabe
19. Aciona sistema de alerta 24h durante eventos de massa?
()Sim ()Não ()Não sabe

**Considera-se sistema de alerta: plantão presencial diurno, sobreaviso diurno e protocolos estabelecidos em conformidade com o nível central.*

20. Realiza busca ativa de rumores na mídia?
()Sim ()Não ()Não sabe

**Considera-se busca ativa de rumores na mídia: busca sistemática de notícias e rumores em sites locais, antevendo os riscos de saúde pública.*

PRODUÇÃO

I – Acordos Formais

21. Há Planos de Contingência (atualizados nos últimos cinco anos) para controle de doenças transmissíveis?
()Sim ()Não ()Não sabe

Se sim, quais? _____

II – Assessoria Técnica

22. Número de municípios assessorados quanto às doenças transmissíveis no ano de 2012? _____

23. Quais as ações de assessoria foram realizadas no ano de 2012?

III – *Recursos Humanos Qualificados*

24. Número de servidores com ensino superior completo? _____

25. Número de servidores da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com pós-graduação em Saúde Pública? _____

26. Número de servidores com outras pós-graduações na área de saúde? _____

IV – *Notificação Negativa*

27. Número de municípios que realizam regularmente notificação negativa de doenças transmissíveis (Sarampo, Rubéola e Paralisia Flácida Aguda)? _____

VALORES INSTITUCIONAIS

I – *Cooperação intra e intersetorial*

28. Realiza articulação intra e intersetorial para resposta a doenças transmissíveis com potencial risco para a saúde pública? ()Sim ()Não ()Não sabe

Se sim, como são feitas essas articulações?

()Reuniões regulares ()Contato pessoal ()Contato conforme necessidade

()Outras _____

29. Realiza reuniões internas de integração e compartilhamento de informações entre as áreas técnicas da vigilância da Região de saúde? ()Sim ()Não ()Não sabe

Se sim, com que frequência são realizadas as reuniões?

- Diariamente Semanalmente Mensalmente Semestralmente
 Anualmente Apenas quando necessário Outra _____

II – *Qualificação Profissional*

30. Número de servidores da vigilância epidemiológica treinados(as) com CBVE (Curso Básico de Vigilância Epidemiológica)? _____
31. Número de servidores da vigilância epidemiológica treinados(as) com CBIS (Curso Básico de investigação de Surto)? _____

III – *Valor Institucional*

32. A Região de saúde possui organograma específico?
 Sim Não Não sabe
33. A Região de saúde possui descrição das atividades por função e setor?
 Sim Não Não sabe
34. A Região de saúde possui POP (Protocolo de Procedimento Padrão)?
 Sim Não Não sabe

Apêndice C – Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis com Potencial Risco para uma Emergência de Saúde Pública

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
Gestão	<p>Recursos Humanos; Veículos em condições de uso; Computadores; Notebooks; Internet; Impressora; Fax; Papel branco; Material de escritório; Celular; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas; Recursos Financeiros</p>	<p>Normatização das atividades de preparação para possíveis Emergências de Saúde Pública</p> <p>Elaboração de planos de contingência para situações de Emergências de Saúde Pública com Doenças transmissíveis</p> <p>Capacitação dos profissionais da vigilância epidemiológica municipal no Regulamento Sanitário Internacional e Emergências em Saúde Pública</p> <p>Implantação de plantão de sobreaviso para fortalecimento do sistema de alerta nas Regiões de Saúde</p> <p>Articulação com os municípios para resposta coordenada às emergências de saúde pública</p>	<p>Normas para atividades de preparação para possíveis Emergências de Saúde Pública elaboradas</p> <p>Número de Planos de Contingência para situações de Emergências de Saúde Pública com Doenças transmissíveis elaborados.</p> <p>Número de profissionais capacitados no Regulamento Sanitário Internacional e em Emergências em Saúde Pública</p> <p>Número de Regiões de Saúde com plantão de sobreaviso implantado.</p> <p>Articulação com os municípios realizada</p>	<p>Agilidade na resposta da vigilância epidemiológica para resposta às emergências de Saúde Pública</p>	<p>Redução dos riscos de Saúde Pública, minimizando o impacto negativo na saúde, turismo e economia.</p>
Deteção do Risco		<p>Busca ativa diária de casos de doenças de notificação imediata (Portaria de notificação estadual Nº 104/2012) nos hospitais regionais</p>	<p>Número de casos de doenças de notificação imediata captados diariamente</p>	<p>Fortalecimento dos mecanismos de detecção precoce e avaliação do risco das Emergências de Saúde Pública</p>	

Apêndice C – Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis com Potencial Risco para uma Emergência de Saúde Pública

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
<p>Detecção do Risco</p>	<p>Recursos Humanos; Veículos em condições de uso; Computadores; Notebooks; Internet; Impressora; Fax; Papel branco; Material de escritório; Celular; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas ; Recursos Financeiros.</p>	<p>Busca ativa de rumores na mídia (Fontes não oficiais de informação)</p> <p>Busca de casos de doenças de notificação imediata (Portaria de notificação estadual Nº 104/2012) nos Serviços Sentinelas para doenças transmissíveis</p> <p>Análise do banco de dados do Sinan das doenças transmissíveis (Busca ativa de casos de doença de notificação imediata no banco)</p> <p>Acompanhamento da oportunidade de notificação das principais doenças transmissíveis de notificação imediata (Portaria Nacional Nº104/2012)</p> <p>Implantação de sistema de alerta 24h por dia para notificação imediata e investigação de casos</p>	<p>Número de rumores na mídia captados diariamente</p> <p>Número casos de doenças de notificação imediata (Portaria de notificação estadual Nº 104/2012) captados nos Serviços Sentinelas para doenças infecciosas diariamente</p> <p>Número de eventos monitorados pelo Sinan.</p> <p>Percentual de oportunidade de notificação das doenças de notificação imediata acompanhadas</p> <p>Sistema de alerta 24h por dia, para notificação imediata e investigação de casos, implantado</p>	<p>Fortalecimento dos mecanismos de detecção precoce e avaliação do risco das Emergências de Saúde Pública</p>	<p>Redução dos riscos de Saúde Pública, minimizando o impacto negativo na saúde, turismo e economia.</p>

Apêndice C – Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis com Potencial Risco para uma Emergência de Saúde Pública

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
Detecção do Risco	Recursos Humanos; Veículos em condições de uso; Computadores; Notebooks; Internet; Impressora; Fax; Papel branco; Material de escritório; Celular; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas ; Recursos Financeiros.	Avaliação dos riscos de saúde pública quanto ao seu impacto, restrição de viagens, restrição de comércio e quanto a natureza do evento.	Percentual de eventos de saúde pública avaliados quanto ao seu impacto, restrição de viagens, restrição de comércio e quanto a natureza do evento		Redução dos riscos de Saúde Pública, minimizando o impacto negativo na saúde, turismo e economia.
Comunicação de risco		Elaboração de material técnico (notas técnicas, boletins e alertas) relacionado às doenças transmissíveis Comunicação de risco, com a mídia, população e serviços de saúde, nas situações de crise	Número de materiais técnicos (notas técnicas, boletins e alertas) relacionados às Emergências de Saúde Pública elaborados Estabelecimento de mecanismos de comunicação de risco eficaz com a mídia, população e serviços de saúde	Informação e mobilização em tempo hábil para intervenção oportuna.	
Resposta Coordenada		Investigação oportuna de casos/surtos de doenças transmissíveis de notificação compulsória imediata (Portaria Estadual N° 104/2012) Articulação intersetorial entre todos os atores/setores envolvidos na resposta as emergências de saúde pública	Número de casos/surtos de doenças de notificação compulsória imediata (Portaria Estadual N° 104/2012) investigados oportunamente Articulação intersetorial entre todos os atores/setores envolvidos na resposta as emergências de saúde pública estabelecida	Prevenção e controle dos riscos e emergências de saúde pública	

Apêndice C – Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis com Potencial Risco para uma Emergência de Saúde Pública

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
Resposta Coordenada	Veículos em condições de uso; Computadores; Notebooks; Internet; Impressora; Fax; Papel branco; Material de escritório; Celular; Arquivo de contatos; Insumos laboratoriais; Planos de Contingência; Portarias de Notificação; Instalações Físicas; Recursos Financeiros	<p>Aplicação de medidas de controle para prevenção de novos casos</p> <p>Organização e análise de dados coletados durante as investigações de campo</p> <p>Organização da logística de campo para facilitar a investigação e o transporte de pessoas, materiais e equipamentos nas investigações de campo</p> <p>Disponibilização de diagnóstico laboratorial para determinar a etiologia dos casos investigados</p>	<p>Medidas de controle para prevenção de novos casos aplicadas</p> <p>Dados coletados organizados e analisados</p> <p>Logística de campo organizada</p> <p>Diagnóstico laboratorial disponibilizado</p>	Prevenção e controle dos riscos e emergências de saúde pública	Redução dos riscos de Saúde Pública, minimizando o impacto negativo na saúde, turismo e economia.

Apêndice D – Matriz de desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública

REGIÃO DE SAÚDE							
Funções	Dimensão	Critérios	Indicador	Parâmetro	Resultado Esperado	Resultado encontrado	Fonte
Adaptação	Aquisição dos recursos	Recursos Financeiros	Disponibilidade de recursos financeiros suficientes para ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis em casos de emergências de saúde pública	Sim = 20 Não = 0	20		Entrevista com informante chave
			Disponibilidade para custeio suficiente de capacitações em doenças transmissíveis em casos de emergência de saúde pública	Sim = 10 Não = 0	10		Entrevista com informante chave
		Recursos Humanos Estratégicos	Número de funcionários da vigilância epidemiológica por Regiões de Saúde	≤ 2 funcionários = 10 3-4 funcionários = 20 5-6 funcionários = 40	40		Entrevista com informante chave
		Recursos tecnológicos	Dispõe de equipamentos de informática para atividades de vigilância epidemiológica	Computador = 20 Impressora = 10 Não possui equipamentos = 0	30		Entrevista com informante chave

Adaptação			Dispõe de serviços de telecomunicação para atividades de vigilância epidemiológica	Ponto de Internet [regular] = 10 Telefone Fixo (c/ chamadas interurbanas) = 10 Telefone Celular= 10 Fax= 10	40		Entrevista com informante chave
		Recursos Físicos	Possui Sala disponível para desenvolvimento das atividades da vigilância epidemiológica	Sim = 10 Não = 0	10		Entrevista com informante chave
		Horário de funcionamento	Funcionamento da Região de Saúde em período integral diariamente	Sim = 20 Não = 0	20		Entrevista com informante chave
		Recursos Organizacionais	Utiliza e divulga Portarias de notificação compulsória (Estadual e Nacional)	Utiliza= 20 Divulga= 10 Não utiliza e não divulga= 0	30		Entrevista com informante chave
	Inovação e transformação	Plantão 24h sobreaviso	Presença de plantão sobreaviso implantado na Região de Saúde	Sim = 20 Não = 0	20		Entrevista com informante chave
		Sistema de alerta 24h durante eventos de massa	Aciona sistema de alerta 24h durante eventos de massa.	Sim = 10 Não = 0	10		Entrevista com informante chave
		Busca ativa de rumores	Realiza busca ativa de rumores na mídia	Sim= 20 Não realiza= 0	20		Entrevista com informante chave

TOTAL ADAPTAÇÃO**250**

Produção	Coordenação da produção	Acordos formais	Nº de Planos de Contingência para prevenção e controle das doenças transmissíveis atualizados nos últimos 5 anos	Um plano = 10 Dois planos = 15 Mais de dois planos =20 Nenhum plano = 0	20		Entrevista com informante chave
	Produtividade	Sistema de Informação	% de DNCI notificadas oportunamente (7 dias) no SINAN	>80% = 50 80 -- 60% = 25 60 -- 40% = 10 ≤ 40% = 05	50		Sinan
		Resposta	% casos com medidas de controle apropriadas para cada doença transmissível de notificação compulsória imediata	>80% = 50 80 -- 60% = 25 60 -- 40% = 10 ≤ 40% = 05	50		Sinan
		Assessoria técnica	% de municípios assessorados pela REGIÃO DE SAÚDE quanto a vigilância das doenças transmissíveis	>80% = 40 80 -- 60% = 20 60 -- 40% = 10 ≤ 40% = 05	40		Entrevista com informante chave
	Qualidade	Recursos humanos qualificados	Nº de servidores da Vigilância Epidemiológica das Doenças transmissíveis com Pós-Graduação em Saúde Pública	Um servidor = 10 Dois servidores =20 Três ou mais servidores = 30 Nenhum servidor=0	30		Entrevista com informante chave
		Rede laboratorial	Possui Laboratório em funcionamento	Sim = 30 Não = 0	30		Entrevista com informante chave
		Notificação negativa	% de municípios que realizam notificação negativa das doenças transmissíveis (sarampo, rubéola e PFA)	>80% = 30 80 -- 60% = 15 60 -- 40% = 10 ≤ 40% = 05	30		Entrevista com informante chave

TOTAL PRODUÇÃO**250**

Metas	Detecção oportuna	Notificação oportuna	% de DNCI <u>notificados</u> oportunamente (24h) ao CIEVS	>80% = 50 80 -- 60% = 25 60 -- 40% = 15 ≤ 40% = 10	50		CIEVS
	Redução dos Riscos	Investigação Oportuna de casos	% dos casos de doenças transmissíveis de notificação compulsória imediata investigados oportunamente	>80% = 100 80 -- 60% = 50 60 -- 40% = 25 ≤ 40% = 10	100		Sinan
		Diagnóstico Laboratorial	% dos exames das DNCI coletados oportunamente	>80% = 100 80 -- 60% = 50 60 -- 40% = 25 ≤ 40% = 10	100		Sinan

TOTAL METAS**250**

Valores	Contexto Organizacional	Cooperação intra e intersetorial	Realiza articulação intersetorial para resposta a doenças transmissíveis com potencial risco de saúde pública	Sim = 100 Não = 20	100		Entrevista com informante chave
		Qualificação profissional	Nº de servidores da Vigilância Epidemiológica treinada com CBVE	Um servidor = 20 Dois servidores = 50 ≥ 3 servidores = 100 Nenhum servidor = 0	100		Entrevista com informante chave
			Nº de servidores da Vigilância Epidemiológica treinada com CBIS	Um servidor = 10 Dois servidores = 15 Três ou mais servidores = 20 Nenhum servidor = 0	20		Entrevista com informante chave

Valores		Valor institucional	Possui organograma e descrição de atividades por setor e função	Organograma institucional = 10 Descrição das atividades por setor e função = 20	30		Entrevista com informante chave
TOTAL VALORES					250		

Anexos

Anexo 1 – Portaria Estadual de Notificação Compulsória Imediata

PORTARIA ESTADUAL Nº 104 – PUBLICADA NO DOE Nº 34, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2012: Acrescenta doenças e agravos estaduais à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências.

PORTARIA Nº 104 - O SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE, com base na delegação outorgada pelo Ato Governamental nº 188/2011, publicado no D.O.E. de 19/01/2011, e Considerando que a Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que 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; Considerando a publicação da Portaria Nº 104 de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, que define as terminologias dotadas 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 território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde;

Considerando a prerrogativa dos gestores estaduais de incluírem outras doenças, agravos e resultados laboratoriais na Lista de Notificação Compulsória.

RESOLVE:

Art. 1º - Ficam incluídos no elenco de doenças e agravos de notificação compulsória, de que trata a Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, nos termos dos anexos I, II e III desta Portaria as seguintes doenças e agravos:

Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Estadual acrescentados ao Anexo I:

- 1 - Filariose (nos municípios do Recife, Olinda, Jaboatão e Paulista)
- 2 - Tracoma (notificação)
- 3- Varicela (notificação de casos graves/hospitalizados e óbitos relacionados à varicela).

Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Imediata Estadual acrescentados

I - Caso suspeito ou confirmado

- 1 - Coqueluche
- 2 - Difteria
- 3 - Doença meningocócica
- 4 - Tétano neonatal

II - Surto, caso grave ou óbito suspeito ou confirmado

- 1 - Doença transmitida por água e/ou alimento
- 2 - Intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo crack/cocaína, agrotóxicos, carbamato, gases tóxicos e metais pesados)
- 3- Varicela

§ 1º Define-se caso de doença transmitida por alimento (DTA) como episódio em que uma pessoa apresenta sinais e sintomas após ingerir alimento considerado contaminado por evidência clínica-epidemiológica e/ou laboratorial.

§ 2º Define-se surto como o aumento do número de casos acima do esperado. Em DTA é a ocorrência de dois ou mais casos epidemiologicamente relacionados ou de apenas um caso para doenças raras.

Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Estadual em unidades sentinelas acrescentados ao Anexo III:

1 - Acidente de transporte terrestre

2 - Síndrome Diarréica Aguda

Art. 2º – Com as alterações introduzidas pelo Art. 1º, nos termos do Art. 10º da Portaria 104/MS/GM/2011, constituirão, para efeitos da aplicação da Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975, doenças de notificação compulsória em todo o Estado de Pernambuco, as doenças especificadas no Anexo I desta Portaria.

Art. 3º – A ocorrência de doenças e agravos inusitados, caracterizado como casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independentemente de constar na Lista Estadual de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá ser também notificada imediatamente às autoridades sanitárias.

Art. 4º - As doenças e agravos, especificados no anexo II desta Portaria, deverão ser notificados imediatamente às Secretarias Municipais de Saúde e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Estadual de Saúde (SES/PE).

§ 1º As doenças e agravos de que trata o caput deste artigo devem ser notificados à Autoridade Sanitária do município de ocorrência do evento, no prazo máximo de 24 horas a partir da suspeita inicial.

§ 2º Caso o município não possua serviço telefônico em regime de plantão, as notificações deverão ser realizadas às Gerências Regionais de Saúde (Geres) da área de jurisdição do município ou ainda, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS/PE), da Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do Estado de Pernambuco, de acordo com os números especificados no Anexo IV desta Portaria.

§ 3º Em caso de falha de comunicação telefônica, poderá ser utilizado o endereço eletrônico: notifica@saude.pe.gov.br.

Art. 5º - A notificação imediata, de que trata o artigo anterior, não substitui a necessidade de registro das notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em consonância com o fluxo, periodicidade e instrumentos já utilizados e normatizados pela Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Art. 6º - Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde e ensino, em conformidade com a Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças e agravos especificados nos anexos I, II e III.

§ único: A constatação do não cumprimento da obrigatoriedade de que trata o caput será comunicado aos Conselhos de Entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 7º – Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata, especificadas no Anexo II desta Portaria, deverão ser notificados, também de forma imediata, pelos laboratórios estaduais (Lacen e Regionais), municipais, privados, de instituições de ensino, hemocentros e núcleos de hemoterapia, devendo o fluxo das informações e a notificações provenientes dos laboratórios realizadas para a Autoridade Sanitária Municipal de origem do exame e desta para o Estado/Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS/PE).

§ único: Para as doenças e agravos suspeitos de doença meningocócica, difteria, febre amarela, influenza humana por novo subtipo e epizootias é obrigatória a notificação assim que o pedido do exame entrar no laboratório.

Art. 8º – A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria obedecerá à padronização definida pela Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde/Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde/Pernambuco.

Art. 9º - Os gestores municipais do Sistema único de Saúde (SUS) poderão incluir outras doenças e agravos no elenco das Doenças de Notificação Compulsória, em seu município, de acordo com o quadro epidemiológico local, comunicando o fato ao gestor estadual.

Art. 10º - Fica vedada a exclusão de doenças ou agravos, componentes da Lista de Doenças de Notificação Compulsória, pelos Gestores municipais do SUS.

Art. 11º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS FIGUEIRA

Secretário Estadual de Saúde

PORTARIA Nº 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005).

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravado: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que, nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;

21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana -HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

ANEXO II

Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI

I - Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;
 2. Carbúnculo ou Antraz;
 3. Cólera;
 4. Dengue nas seguintes situações:
 - Dengue com complicações (DCC),
 - Síndrome do Choque da Dengue (SCD),
 - Febre Hemorrágica da Dengue (FHD),
 - Óbito por Dengue
 - Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;
 5. Doença de Chagas Aguda;
 6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;
 7. Febre Amarela;
 8. Febre do Nilo Ocidental;
 9. Hantavirose;
 10. Influenza humana por novo subtipo;
 11. Peste;
 12. Poliomielite;
 13. Raiva Humana;
 14. Sarampo;
 15. Rubéola;
 16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
 17. Varíola;
 18. Tularemia; e
 19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).
- ##### II - Surto ou agregação de casos ou óbitos por:
1. Difteria;
 2. Doença Meningocócica;

3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves;
4. Influenza Humana;
5. Meningites Virais;
6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:
 - a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta Portaria;
 - b. Doença de origem desconhecida;
 - c. Exposição a contaminantes químicos;
 - d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;
 - e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;
 - f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU.
 - g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;
 - h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento.

III - Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se entre outras classes de animais:

1. Primatas não humanos
2. Equinos
3. Aves
4. Morcegos
5. Canídeos
6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

ANEXO III

Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas LNCS

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Pneumonias;
12. Rotavírus;
13. oxoplasmose adquirida na gestação e congênita; e
14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

Anexo 3 - Declaração de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP


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 3426- 13 intitulado "**Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para uma emergência de saúde pública em Pernambuco.**" Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Patricia Michelly Santos Lima** 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

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

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

