



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

JUCIANY MEDEIROS ARAÚJO

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL: UM ENFOQUE SOBRE
A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

RECIFE
2014

JUCIANY MEDEIROS ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL: UM ENFOQUE SOBRE A
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

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

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Eronildo Felisberto

Coorientadora: Prof.^a Dra. Luciana Dubeux

RECIFE
2014

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

A663a Araújo, Juciany Medeiros

Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica municipal: enfoque sobre a atenção básica à saúde / Juciany Medeiros Araújo; orientador Eronildo Felisberto; coorientadora Luciana Dubeux. – Recife: Do Autor, 2014.
128 : il.

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

1. Vigilância epidemiológica – Avaliação de desempenho.
2. Avaliação em saúde. 3. Atenção básica à saúde. 4. Sistemas de saúde. I. Felisberto, Eronildo, orientador. II. Dubeux, Luciana, coorientadora. III. Título.

CDD 362.1072

JUCIANY MEDEIROS ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL: UM ENFOQUE SOBRE A
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

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

Aprovada em: 07 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espirito Santo - UFPE

Prof. Dr. Paulo Germano de Frias – IMIP

Profª Drª Luciana Santos Dubeux - IMIP

DEDICATÓRIA

A Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

- À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada, esta vitória é sua.
- A meu irmão, que, com muito carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.
- À minha filha Maria Cecília, minha força interior, meu estímulo maior para acreditar que tudo é possível.
- Obrigada ao meu orientador Eronildo Felisberto, pela paciência, incentivo e força.
- Agradeço à minha professora coorientadora Luciana Dubeux que teve paciência e me ajudou muito a concluir este trabalho.
- A Danyella Travassos Paiva, uma amiga que acreditou no meu esforço, que sempre esteve nos momentos de avanços e entraves desta caminhada, e soube trazer palavras firmes, quando necessário, e de conforto para seguir, adiante.
- Aos amigos e colegas do Mestrado, pelo incentivo e apoio constante.
- Aos meus amigos Elizangela e Péricles, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhoram tudo o que tenho produzido na vida.
- À minha equipe do Nasf e aos amigos e colegas do Distrito Sanitário I, Recife-PE, por sempre reconhecerem a importância do conhecimento, do estudo contínuo para o profissional no serviço.

- À minha amiga Cristiane, um agradecimento e reconhecimento da sua importância, pois você possibilitou a concretização desta pesquisa e esteve presente sempre que foi necessário para a realização deste estudo.
- Ao Município de Ibimirim-PE, seus profissionais que mesmo em meio a tanta dificuldade (salarial, equipamentos, gestão), conseguem levar o cuidado e atenção necessária à Saúde da população.
- Aos profissionais entrevistados (gestores e trabalhadores da saúde), pela disponibilidade e solidariedade para participar deste estudo.
- A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena. Valeu a pena toda a distância, todo o sofrimento, todas as renúncias, valeu a pena esperar. Hoje, estamos colhendo, juntos, os frutos de todo o empenho!

A realidade para a qual se dirigem nosso conhecimento e nossas ciências é, ao mesmo tempo, passível de separação e inseparável. Podemos isolar os elementos que constituem a realidade, porém, cada vez mais, percebemos que eles estão ligados uns aos outros. De alguma forma, as coisas separadas são ligadas e as coisas ligadas são igualmente, de certo modo, distintas.

Edgar Morim
(Religar a ciência e os cidadãos,2003)

RESUMO

Objetivos: avaliar o desempenho da Vigilância Epidemiológica-VE, com foco na Atenção Básica Municipal, em Ibimirim-PE. Método: avaliação de desempenho, com base no Modelo de Avaliação Global e Integrada do Desempenho dos Sistemas de Saúde - EGIPSS, considerando as funções (produção, alcance de metas, adaptação e valores) e adaptando as dimensões agregadas a estas ao cenário da VE do município em estudo; além das relações estabelecidas entre o conjunto das funções. Foram entrevistados o gestor, o coordenador da VE e de Atenção Básica e profissionais da equipe de saúde da família; utilizando um questionário estruturado. A análise dos dados coletados e a avaliação do desempenho das funções foi feita com base no Modelo Integrador da VE no município de Ibimirim – PE. Resultados: O Índice de Desempenho Global da VE em Ibimirim alcançou um desempenho classificado como Bom. Em relação aos Índices de Desempenho das três categorias profissionais abordadas, os gestores obtiveram o melhor resultado, aproximando-se do desempenho excelente, sendo pior resultado o dos pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde. Conclusões: Este estudo poderá contribuir para uma maior reflexão da gestão municipal acerca de seu processo de trabalho, e avaliando as estratégias mais adequadas para a melhoria de seu serviço. Os subsídios resultantes da avaliação deixam claro que a efetivação das ações da VE depende da articulação dos diversos atores envolvidos, fundamental para o desempenho do serviço.

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho, Avaliação em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica à Saúde, Sistemas de Saúde

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the performance of Epidemiological Surveillance, focusing on Basic Health Care in Ibimirim-PE. **Method:** This is a performance evaluation based on the model of Global and Integrated of Performance of Health Systems Evaluation - EGIPSS considering the functions (production, achievement of goals, adaptation and values) and adapting the aggregate dimensions to these to the scenario of epidemiological surveillance in this city; beyond the relations between the set of functions. To do so, the manager be interviewed, and the coordinator of surveillance and basic health care and professional team of family health; using a questionnaire. The analysis will start from the evaluation of the performance of the functions of the Integrator Epidemiological Surveillance Model in the city of Ibimirim - PE. **Results:** The Global Performance of Epidemiological Surveillance Index of Ibimirim rated as Good performance. About the Performance Ratios of the three professional categories addressed, the managers scored the highest approaching the excellent performance, and the worst results were professionals of UBS. **Conclusions:** This study may contribute to reflection of municipal management evaluate your work process, and the improvement of their service, pointing out that the execution of the actions of surveillance depends on the articulation of the various stakeholders, thus contributing to the performance of service.

Keywords: Performance Evaluation; Health Evaluation; Epidemiological Surveillance; Basic Health Care; Health Systems.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

AB – Atenção Básica

ACE – Agente Comunitário de Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Cenepi – Centro Nacional de Epidemiologia

Caps – Centro de Acompanhamento Psicossocial

CEO – Centro Especializado Odontológico

ESF – Equipe de Saúde da Família

EGIPSS – *Elementos de Arquitetura dos Sistemas de Avaliação do Desempenho dos Serviços de Saúde*

EGIPSS – *Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé*

EP – Educação Permanente

ID – Índice de Desempenho

IDd – Índice de Desempenho por dimensão

IDf – Índice de Desempenho por função

IDG – Índice de Desempenho Global

MS – Ministério da Saúde

Nasf – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PRO-ADESS – Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Km – Quilômetro

VE – Vigilância Epidemiológica

Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Adaptação, conforme os profissionais entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	53
Tabela 2-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Adaptação e suas dimensões, conforme os gestores entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	54
Tabela 3-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Adaptação e suas dimensões, conforme os técnicos da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	56
Tabela 4-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Adaptação e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica à Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	57
Tabela 5-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Produção, conforme os profissionais entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	58
Tabela 6-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Produção e suas dimensões, conforme os gestores entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	59
Tabela 7-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Produção e suas dimensões, conforme os técnicos da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica abordados em Ibimirim – PE (2012).....	60
Tabela 8-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Produção e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica de Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	61

Tabela 9-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Alcance de Metas, conforme os profissionais entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	62
Tabela 10-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Alcance de Metas e suas dimensões, conforme os gestores entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	63
Tabela 11-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Alcance de Metas e suas dimensões, conforme os técnicos da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	64
Tabela 12-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Alcance de Metas e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica de Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	65
Tabela 13-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Manutenção de valores, conforme os profissionais entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	66
Tabela 14-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Manutenção de Valores e suas dimensões, conforme os gestores entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	67
Tabela 15-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Manutenção de Valores e suas dimensões, conforme os técnicos da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	68
Tabela 16-	Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Manutenção de Valores e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica de Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012).....	69
Tabela 17-	Índice de Desempenho Global da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal, conforme as funções e profissionais abordados em Ibimirim – PE (2012).....	71

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 -** Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Adaptação.....44
- Quadro 2 -** Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Produção.....45
- Quadro 3 -** Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Alcance de Metas.....46
- Quadro 4 -** Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Manutenção de Valores.....46
- Quadro 5 -** Pontuação máxima esperada por dimensão, função e para o conjunto destas para a avaliação do desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal, segundo as categorias profissionais, Ibimirim – PE, 2012.....48
- Quadro 6 -** Quantitativo dos entrevistados para a avaliação do desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.....49

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde (Modelo EGIPSS).....30
- Figura 2** - Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica em âmbito Municipal.....42
- Figura 3** - Modelo Integrador para Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE.....43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 História da Vigilância em Saúde no Brasil.....	16
1.2 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Brasil.....	20
1.3 A Atenção Básica no Brasil e as Similaridades com a Vigilância Epidemiológica.....	22
1.4 Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica.....	23
2. JUSTIFICATIVA.....	32
3. OBJETIVOS.....	34
3.2 OBJETIVO GERAL.....	34
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4. MÉTODOS.....	35
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	35
4.2 BASE TERRITORIAL E INSTITUCIONAL DO ESTUDO.....	35
4.3 PERÍODO DE ESTUDO.....	37
4.4 UNIVERSO DO ESTUDO/PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	37
4.5 ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	37
4.6 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS.....	48
4.7 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
3	
5.1 Desempenho por função.....	53
5.1.1 Adaptação.....	53
5.1.2 Produção.....	58
5.1.3 Alcance de Metas.....	62
5.1.4 Manutenção de Valores.....	64
5.2 Desempenho Global da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.....	70
6. DISCUSSÃO.....	72
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
8. RECOMENDAÇÕES.....	84
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
10. APÊNDICES.....	95
11. ANEXO.....	128

1. INTRODUÇÃO

1.1 História da Vigilância em Saúde no Brasil

Para a compreensão da organização das práticas de saúde brasileiras é necessário volver à questão histórica da sua evolução, que ao longo de sua construção: devido à fragmentação de seus objetos e produtos; à dicotomia entre o preventivo e o curativo; entre o individual e o coletivo, torna complexa a abordagem à saúde na perspectiva da integralidade do cuidado aos indivíduos e à comunidade^{1,2}.

Neste percurso, houve a disseminação de ações de vigilância em saúde. Dois campos de atuação foram desenvolvidos sendo um deles a Vigilância Sanitária, cuja prática está baseada em legislações, normas e padrões voltados para as ações de controle sanitário; e o segundo, a Vigilância e Controle de Doenças, que tem sua origem nas intervenções para conter as doenças pestilenciais prevalentes no início da colonização do Brasil, o que culminou na instituição das grandes campanhas de erradicação e/ou controle de doenças nos primeiros anos do século XX. Como dispositivo de proteção à saúde, cabe o destaque à campanha de erradicação da varíola, nas décadas de 60 e 70 do século XX^{1,2}.

Com a crescente importância da vigilância em saúde nas ações e políticas de saúde do Brasil, em 1976 é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Previa-se, neste ambiente, mudanças na legislação sanitária, especialmente a de medicamentos, em resposta a questionamentos internos e atualização das ações de acordo com o movimento externo³.

Na década de 80, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira avança e suas bases são discutidas a partir de grande mobilização social, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986^{3,4}. Dá-se a criação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que amplia as ações do Ministério da Saúde (MS)^{1,2}. Neste momento há um empoderamento político e estrutural, favorecendo a racionalização das ações de natureza coletiva, vinculadas essencialmente, à vigilância, à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis, embasados nos princípios norteadores da Reforma Sanitária em curso naquele período⁴.

Este movimento, com forte característica de participação e legitimação popular fundamentou a criação dos artigos referentes ao capítulo da saúde no texto constitucional de 1988. Como subvenção legal, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em seguida, a Lei, nº 8.142/90, complementa a legislação referente ao SUS buscando a garantia do controle social. Apesar do processo em curso, as ações desenvolvidas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) ainda não contemplavam o nível municipal⁴, embora este Sistema fosse estruturado em um modelo hierárquico de responsabilidade, com quatro níveis de gestão⁵ (MS, Secretarias Estaduais de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Unidades Locais de Vigilância Epidemiológica)⁶.

Em meados da década de 90, desencadearam-se diversos episódios: mortes evitáveis em serviços de saúde, além do comércio ilegal de medicamentos, que impulsionaram mudanças e a elaboração de um projeto de reforma institucional. Com a deficiência dos serviços de vigilância sanitária o governo buscou implantar uma administração

gerencial orientada por resultados, instituindo uma agência regulatória, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ⁵.

O modelo de agência foi aplicado em vários setores sendo uma autarquia especial, inclusive na área da saúde, organizada inicialmente a Anvisa⁷ logo depois a se denominar Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁸. Cabe a ambas um contrato de gestão com metas específicas, o cumprimento e compartilhamento entre as esferas federal e estadual e eventualmente municipal, na realização de ações e alocação de recursos financeiros; articulando o processo de implementação do SUS que tem a descentralização entre suas diretrizes^{8,9}.

Para dar conta dos novos desafios decorrentes dessas transformações, o MS criou, em 2003, a partir do Decreto n.º 4.726, de 09 de junho de 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), normatizada pela Portaria nº 1.772 GM/MS de 15 de junho de 2004, que atribui à SVS/MS a coordenação do SNVS¹¹, que herdou atribuições do extinto Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), da Fundação Nacional de Saúde.

Em 2004, é publicada a portaria nº 1.172, que estabelece competências para as três esferas de gestão: União, estados e municípios. Nesse instrumento são definidas as atividades de vigilância em saúde: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde, regulamentando a Norma Operacional Básica (NOB), publicada em 1996, a NOB/SUS-96¹².

Nesse sentido, a vigilância em saúde apresenta-se atualmente em uma concepção de um modelo de atenção, como um conjunto articulado de ações destinadas ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva aos problemas de saúde^{10,11,13}.

Assim, as ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos^{12,14}.

1.2 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Brasil

Como parte integrante das ações de vigilância à saúde, as ações de VE no Brasil foram sendo restritas ao controle de doenças transmissíveis conduzidas pelo MS e apenas os estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)¹³. A partir da criação da Lei nº 6.529, em 1975, que instituiu o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças, o SNVE passou a dar cumprimento às ações definidas pela União¹⁵.

Nesta proposta, o SNVE ainda carecia de aprimoramento para intervenção sobre outras doenças e agravos, assim como de descentralizações do sistema para os níveis estadual e municipal. Com a Constituição de 1988, que preconiza o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde, várias iniciativas institucionais e legais foram criadas, com vistas a garantir o direito integral à saúde. Nesta direção a NOB/SUS 01/96 surge como um instrumentos legal para

propiciar a nova organização do sistema de saúde, e têm por finalidade promover e consolidar o pleno exercício do poder público estadual e municipal na gestão da atenção à saúde¹⁶.

Em 1990 é criado o Cenepi que favoreceu a interlocução entre os epidemiologistas com atuação em instituições de ensino/pesquisa e em serviços de saúde. O CENEPI tem tendo uma função relevante de incentivo ao uso dos recursos epidemiológicos nos diversos níveis do sistema de saúde, além de estimular e viabilizar a formação profissional na área da epidemiologia¹⁷.

Neste processo, a NOB/SUS 01/96 possibilitou o comando único em cada nível do sistema e o município passa a ser considerado como o responsável imediato de fato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, de acordo com a sua capacidade de atuação dentro do sistema, o que valoriza os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade¹⁶.

Posteriormente, com o desenvolvimento do SUS, o processo foi bastante impulsionado. A partir das Portarias nº 1.399/GM, de 15/12/99, e nº 950, de 23/12/99, os sistemas municipais de vigilância epidemiológica passaram a ter autonomia técnico-gerencial, priorizando os problemas de saúde de suas respectivas áreas de abrangência, o que fortaleceu, assim, a política de descentralização do sistema de saúde, proporcionando um salto qualitativo para a reorganização dos sistemas locais de VE¹⁸.

De acordo com as bases conceituais e normativas em voga no Brasil, a VE é um importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas. Esta atuação é dependente do desenvolvimento de ações da VE compreendendo um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo o monitoramento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser executadas com oportunidade e eficácia^{19,21}.

Entre as funções da VE podem ser citadas³:

- a) Coleta de dados;
- b) Processamento de dados coletados;
- c) Análise e interpretação dos dados processados;
- d) Recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- e) Promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- f) Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- g) Divulgação de informações pertinentes.

Cada nível de competência tem um determinado grau de especificidade no sistema de saúde (municipal, estadual e federal). Ao nível municipal compete o conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, os níveis estaduais e a esfera federal conduzem as ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis¹³. A qualidade do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções

realizadas nos diferentes níveis, de modo que quanto mais capacitada e eficiente for a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle¹⁵.

Em complemento, o desenvolvimento da consciência sanitária dos gestores municipais dos sistemas de saúde é um dos desafios para a priorização das ações de saúde pública, que tem como um dos seus pilares a VE para solucionar problemas de saúde prioritários, em cada espaço geográfico^{17,18}.

1.3 A Atenção Básica no Brasil e as Similaridades com a Vigilância Epidemiológica

O Programa Saúde da Família(PSF) surgiu em 1994, visando a execução de ações de atenção primária à saúde, sob a perspectiva de uma visão localizada e focalizada dos níveis de saúde de uma comunidade, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS, responsabilização entre os serviços de saúde e a comunidade⁹. Baseando-se em seus princípios de integralidade do cuidado e de responsabilização pela saúde da população, além de estar em íntimo contato com a comunidade, constitui o “lugar natural” para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde²². Porém, na prática, as equipes restringiam suas ações de vigilância em saúde à notificação de casos e à oferta das vacinas do Programa Nacional de Imunização²³.

A coesão e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população. Sob esse aspecto, a Atenção Básica possui os elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população em uma dimensão ética e pautada em

relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade^{2,24}.

A vigilância epidemiológica integra as atividades da Equipe Saúde da Família(ESF) para a prestação de uma atenção ampliada. Nesse sentido, é necessário procurar combinar os instrumentos dessas vigilâncias, a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, tornando possível oferecer de respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde²⁴.

Sob esse aspecto, a VE _ tradicionalmente centrada no controle de doenças transmissíveis, necessita rever suas possibilidades de atuação, indo além da listagem de agravos/doenças de notificação compulsória^{25,26}.

A atuação da VE na AB faz ultrapassar o modelo tradicional, de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas, para avançar em uma proposta que aborda e contempla a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes do processo de adoecimento, instituindo importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional, gerando uma concepção de vigilância integrada^{16,17,18,19}.

1.4 Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica

A avaliação de ações e serviços de saúde conduz à tomada de decisão a partir de enfoques nas intervenções avaliadas, permitindo a construção de informações críticas

que se traduzam a partir de julgamento de valor dos processos em questão^{20,21,27}. Ressalta ainda a importância do compartilhamento do objeto avaliado de forma não burocrática, mas como uma aprendizagem continuada, institucional, e com a participação de todos os atores envolvidos no processo^{20,21}.

No campo das políticas de saúde, a avaliação de desempenho vem se estruturando no cerne das organizações como um instrumento capaz de auxiliar e orientar os serviços de saúde. Adquire ainda importante papel na reflexão sobre a efetividade dos sistemas, políticas e programas de saúde, incentivando os gestores e profissionais da saúde a recorrer a estudos avaliativos para identificação das potencialidades e obstáculos das intervenções de saúde em seus diversos níveis de complexidade²⁸.

Dada a complexidade da avaliação de desempenho, é necessário fazer escolhas, que dependerão do componente da avaliação e do público visado, dos valores, prioridades e restrições operacionais, elucidando um sistema de saúde que possui uma rede que necessita de equilíbrio em suas ações para suprir as exigências de sua administração²⁹. Assim, a avaliação do desempenho permite responder as exigências de responsabilidade de prestação de contas e a vontade de melhorar o serviço²⁷.

A seleção do modelo de avaliação de desempenho é fundamental, pois se deve recorrer a critérios e indicadores com maior grau de adequação à intervenção a ser avaliada. Reconhece-se a existência de ampla variedade de modelos; entretanto, na ausência de modelos adequados à intervenção a ser avaliada, utilizam-se modelos comparativos que correlacionam organizações similares, experiências de gestores e pesquisadores, envolvendo especialistas na área para a construção do modelo de avaliação^{30,31}.

Embora não haja consenso sobre a definição de avaliação de desempenho, alguns autores acordam que este se modifica a partir do modelo explicativo adotado. Viacava et al³² afirma que a construção metodológica da avaliação de desempenho depende da clareza dos seus princípios, objetivos e metas do sistema de saúde a ser avaliado, que irá embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação²⁴.

A partir das últimas décadas do século passado, várias iniciativas de avaliação de desempenho vêm sendo propostas com vistas à qualidade das intervenções; esta forma de avaliação é considerada um poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma setorial em diversos países, com base nas ações desenvolvidas nos serviços de saúde. A avaliação de desempenho em uma organização surgiu no momento em que as relações de trabalho foram instituídas, em que o trabalho passou a ser avaliado através da relação custo/benefício²⁰.

Segundo Siqueira³³, avaliar é apreciar; desempenho é o comportamento real do empregado em face de uma perspectiva ou um padrão de comportamento estabelecido pela organização.

Chiavenato²³ acrescenta que a avaliação é um meio através do qual pode-se localizar problemas de supervisão e gerência, de integração das pessoas à organização, de adequação da pessoa ao cargo, de localização de possíveis dissonâncias ou carências de treinamento e, portanto, estabelecer ações para reduzir tais problemas. Menciona também que a avaliação é um instrumento importante quando se propõe a solucionar

problemas e melhorar a qualidade do trabalho e a qualidade de vida dentro das organizações.

Reforçando, Donabedian²², em seus estudos, comenta a respeito das características da avaliação em saúde e afirma que a qualidade deve estar definida na avaliação, pois constitui algo abstrato. Portanto, os aspectos relacionados às especificidades locais ganham importância, tornando necessária a contextualização dos resultados encontrados nas avaliações de desempenho^{15,34}.

No Brasil, em 2003, foi desenvolvida a proposta do Projeto Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) baseado no modelo canadense. Este projeto busca definir as dimensões a serem avaliadas e os indicadores a serem utilizados, e apresenta como eixo central a equidade, porém não monitora os indicadores e não considera a conformação de cada esfera do sistema (objetivos, metas e atores envolvidos)²⁸.

Na perspectiva de um modelo integrador, Sicotte et al³⁵, desenvolveram o modelo *Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé – Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde* (EGIPSS), uma construção multidimensional que permite a interação e o julgamento das qualidades essenciais e específicas do sistema.

A aplicação do modelo EGIPSS à avaliação da Vigilância em Saúde é recente; originalmente este modelo avaliou outros objetos, mas é no Brasil que ele está sendo utilizado inicialmente e adaptado à avaliação da saúde^{20,27}. Battesini³⁶ caracteriza

qualitativamente as relações entre dimensões a partir de um modelo explicativo, que permite a proposição de ações de melhoria em uma perspectiva estratégica e investiga as posições de diferentes grupos avaliativos. O método foi aplicado em um estudo de caso em nível municipal, permitindo avaliar a implantação da VISA em relação ao entendimento de seus técnicos, gestores e conselheiros de saúde. Desta maneira fica claro que este método ainda está em fase de ajuste para abordagem deste objeto.

O modelo EGIPSS se caracteriza por uma abordagem sistêmica e se fundamenta na teoria da ação social de Parsons³⁷, cuja análise do sistema de ação social compreende o exame de quatro sistemas gerais: os sistemas sociais, os sistemas culturais, os sistemas das personalidades, os organismos comportamentais. Cada componente do sistema de ação social possui uma estrutura própria com funções específicas e ações independentes^{37,38}. Outro aspecto importante relacionado a essa construção teórica refere-se à noção de equilíbrio. Para Parsons, o sistema de ação social tende à integração (estabilidade), na medida em que as normas são valorizadas e os desvios são reprovados³⁷. No modelo EGIPSS, o desempenho de um sistema ou organização é uma construção multidimensional e relacional, compreendendo o equilíbrio dinâmico de suas funções³⁹.

Inspirado na Teoria de Parsons, o *Modelo de análise estrutural-funcional de Parsons* definiu um sistema social como relativamente aberto, que integra um sistema mais amplo e mantém constantes relações com seu ambiente; e também identificou os quatro requisitos indispensáveis para o funcionamento de um sistema social: adaptação (às demandas do ambiente); alcance dos objetivos (implementar metas); integração

(processos que asseguram o relacionamento entre as partes); e manutenção (transmitir valores aos novos participantes)^{29,30}.

A avaliação tem como objeto o sistema de saúde ou qualquer um dos seus componentes e, em seu modelo, os atores envolvidos são analisados através da sua capacidade de governabilidade para manter as diferentes formas de equilíbrio. O plano de funcionamento da intervenção é explorado pela função de produção. O plano de utilização é analisado a partir da sua capacidade de adaptação e de manutenção de valores. Os objetivos finalísticos são contemplados pela análise da função alcance de objetivos.

Esse modelo associa conceitos do desempenho das organizações agrupando dimensões em um modelo único. Também especifica quatro funções essenciais para uma organização em saúde complexa e autônoma, mantendo, porém igual relação entre si²⁹, assim representadas:

- a) Adaptação: forma de conservar e desenvolver o sistema de saúde, adaptado ao ambiente (novas tecnologias, políticas, ações sociais) para manutenção e desenvolvimento de suas atividades;
- b) Alcance de Metas: capacidade de atingir os objetivos da organização;
- c) Manutenção de Valores: conservação do ambiente organizacional, relacionado ao clima organizacional (traduzido no grau de satisfação dos colaboradores diretos do sistema, por exemplo: aspirações pessoais, motivação, ambição, relacionamento hierárquico) e à cultura organizacional (reconhecida como o sistema de valores do sistema, compartilhado por seus membros em todos os níveis);

d) Produção: atividades realizadas ou processos de trabalho.

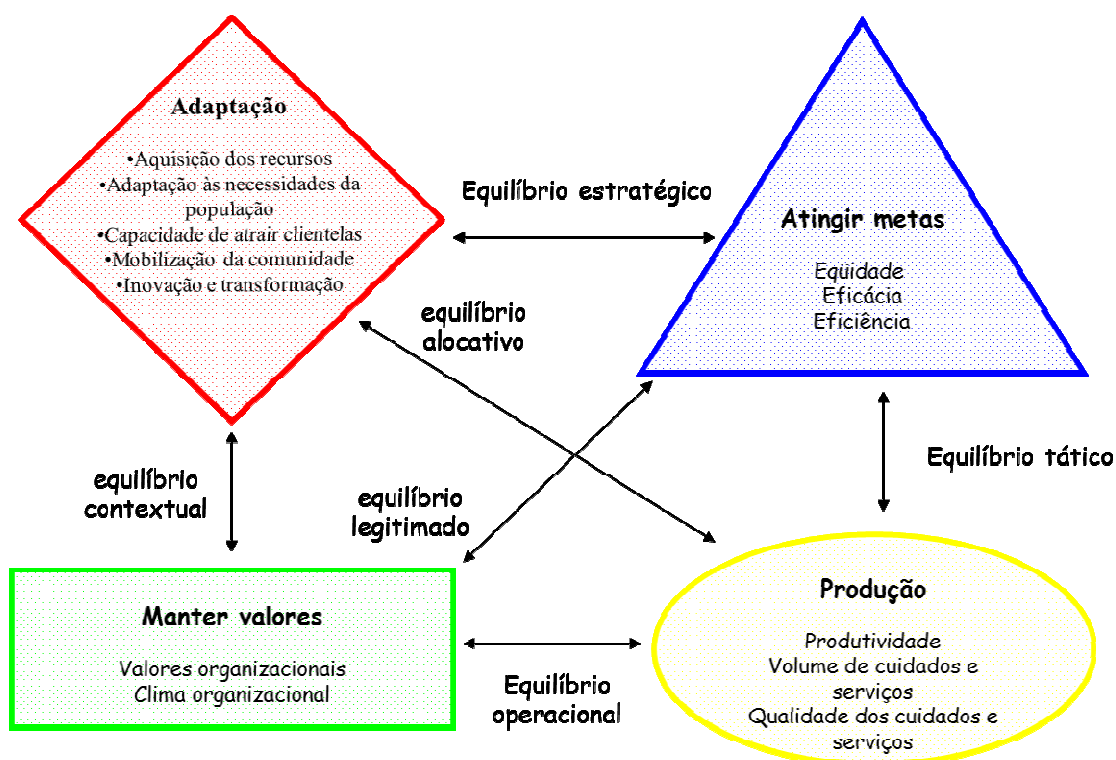
A interação das quatro funções ocorre com os chamados “alinhamentos” ou “equilíbrios” que devem existir entre elas, garantindo a manutenção e um bom desempenho do sistema²⁹, assim observados:

- a) Equilíbrio estratégico (adaptação – alcance de metas) → avalia o desenvolvimento da organização (adaptação) e sua compatibilização em função de seus objetivos principais (metas), bem como a pertinência dos objetivos.
- b) Equilíbrio alocativo (adaptação – produção) → observa o desenvolvimento da organização e sua interação com os resultados obtidos do processo de trabalho;
- c) Equilíbrio tático (alcance de metas – produção) → avalia o desempenho mediante o alcance de metas e a relação com o processo de trabalho e como o resultado da produção chega a modificar a escolha das metas da organização;
- d) Equilíbrio operacional (manutenção de valores – produção) → avalia a interação entre os aspectos relacionados ao ambiente e o clima organizacional e os resultados observados no processo de trabalho;
- e) Equilíbrio de legitimação (manter valores – alcance de metas) → avalia o desempenho mediante o alinhamento entre as metas alcançadas e as características do ambiente e do clima organizacional. Indica a contribuição das metas selecionadas e sua influência, ou não, no ambiente organizacional;

- f) Equilíbrio contextual (manutenção de valores – adaptação) → avalia a capacidade institucional de motivar valores e de adaptar-se ao meio organizacional. Traduz-se na sobrevivência do sistema ao ambiente externo.

A Figura 1 apresenta esquematicamente o Modelo EGIPSS, cabendo ressaltar que a manutenção dos equilíbrios depende fundamentalmente do adequado desempenho das funções a estes correspondentes.

Figura 1 – Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde (Modelo EGIPSS).



Fonte: (Contandriopoulos, Champagne, 2005)

No tocante à avaliação das ações de vigilância epidemiológica no Brasil, Carvalho et al³⁰ observaram que algumas normas da vigilância epidemiológica não eram seguidas pelo serviço de saúde, sendo também detectadas algumas dificuldades do sistema utilizado pela VE, gerando recomendações difíceis durante o monitoramento AB⁵.

Carvalho *et al*²¹, em estudo sobre avaliação da VE em onze municípios pernambucanos, relatam que a ocorrência de deficiências que comprometeram a sua implantação no âmbito municipal. As USF indicaram realizar a maioria das atividades de vigilância epidemiológica, embora algumas atividades importantes como a construção de indicadores para análise dos dados, tenham sido pouco relatadas¹⁸.

Fachini *et al*⁴⁰ destaca a avaliação do desempenho do SNVS, observando os pontos positivos e negativos no desempenho de suas atividades, por meio de uma revisão conceitual, definindo o foco da vigilância em saúde atualmente utilizado no país, avaliando o contexto da descentralização das ações da vigilância para os níveis estadual e municipal.

Diante deste cenário, o presente estudo se propõe elucidar as ações naturalmente rotineiras em serviços de saúde, mas que não valorizam o sinergismo entre os determinantes sociais de saúde (fatores sociais, econômicos, condições de trabalho)¹⁷. Propõe-se a avaliar o desempenho da VE através da AB, utilizando o modelo EGIPSS com vistas a identificar os pontos prioritários para a melhoria das ações.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- a) A VE como um referencial para as mudanças do modelo de atenção à saúde no Brasil;
- b) A evolução da AB à saúde com o advento da ESF;
- c) A importância da descentralização das ações de VE para a AB à Saúde;
- d) A importância das ações de VE na AB à Saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- e) A importância da operacionalização da VE no processo de municipalização com funções específicas e articuladas, para que as intervenções sejam desencadeadas com oportunidade e efetividade;
- f) A incipiência de estudos de avaliação de desempenho da VE em municípios de pequeno porte;
- g) O incipiente reconhecimento das ações da VE e seu fluxo nos municípios,

este estudo se torna relevante, pois:

- a) Explicitará as ações de VE que devem ser realizadas na AB à Saúde;
- b) Contribuirá para a reflexão da integralidade do cuidado, passando a ser a AB e, em especial, a USF, o *locus* principal de desenvolvimento das ações da VE;
- c) Permitirá a construção de um modelo inovador para avaliação de desempenho da VE municipal;
- d) Contribuirá com o desenvolvimento de estudos avaliativos de desempenho da VE em municípios;

- e) Fornecerá aos gestores, subsídios para a tomada de decisão, a partir do conhecimento do modelo integrador e dos resultados da avaliação de desempenho.

Diante destas questões, este estudo tem o propósito de responder as seguintes perguntas de avaliação:

- Qual o nível de desempenho das ações da VE, considerando as funções adaptação, alcance das metas, produção das ações e manutenção de valores no âmbito da AB à Saúde em um município de pequeno porte?

3. OBJETIVOS

3.2 Objetivo Geral

Avaliar o desempenho das ações de VE no município de Ibimirim - PE, com foco na AB, no ano de 2013.

3.3 Objetivos Específicos

- a) Descrever as ações de VE no sistema municipal de saúde de Ibimirim-PE;
- b) Analisar a capacidade de adaptação da VE no município de Ibimirim-PE;
- c) Verificar o processo de trabalho relativo à VE desenvolvida no município de Ibimirim-PE;
- d) Identificar o alcance de metas pelos subsistemas de VE do município de Ibimirim-PE;
- e) Analisar o ambiente organizacional onde se processa a VE no município de Ibimirim-PE.

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Estudo avaliativo baseado no Modelo EGIPSS²⁰, considerando as funções propostas pelo modelo (adaptação, produção, alcance de metas e manutenção de valores) e adequando suas dimensões ao objeto do estudo. Foi também realizado o julgamento normativo de indicadores estratégicos elencados na presente avaliação.

4.2 Base Territorial e Institucional do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Ibimirim, localizado no Estado de Pernambuco, a aproximadamente 339 km da capital, Recife. Ibimirim possui uma área territorial de aproximadamente 1.955 km² e uma densidade demográfica de 13,79 hab/km². Passou à categoria de município em 20 de dezembro de 1963, e atualmente tem dois distritos: Ibimirim (sede) e Moxotó, e os povoados de Jeritacó, Poço da Cruz, Agrovilas, Campos, Lagoa da Areia e Puiú⁴¹.

Inserido no Sertão do Moxotó da Região Nordeste do Brasil, possui como bioma a caatinga; sua população é de 26.954 habitantes (13.331 indivíduos do sexo masculino e 13.623 do sexo feminino) estimada o censo demográfico de 2010, e considerado um município de pequeno porte, de acordo com o IBGE. No mesmo censo, verificou-se que, dos seus habitantes, 14.892 (62%) residem na área urbana e 12.062 (48 %) na área rural³².

O município oferece a AB à Saúde como primeiro nível de Atenção à Saúde e ordenadora do cuidado. Conta com 12 ESF⁴¹, sendo 3 na área urbana e 9 na área rural. Dispõe de um Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (Nasf), um Centro de Acompanhamento Psicossocial (Caps), um Centro Especializado Odontológico (CEO), uma maternidade para assistência à gestação de baixo risco e uma Academia da Cidade³², sendo este conjunto de equipamentos de saúde responsável pelas ações de VE no município.

A Secretaria Municipal de Saúde de Ibimirim tem, em sua composição, a coordenação da Vigilância em Saúde, compreendendo a VE e Vigilância Ambiental. A VE está responsável pela coleta e processamento das informações de doenças e análise e interpretação dos dados coletados, e na USF a responsabilidade passa a ser:

- Recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos;
- Fornecer orientações à população sobre ações de controle de doenças e agravos;
- Organizar e operacionalizar os serviços de saúde, conhecendo o comportamento epidemiológico da doença ou agravo como alvo das ações;
- Coletar dados, realizar notificação de doenças;
- Operacionalizar campanhas de imunização.

Desta forma, a USF contribui para alimentar o sistema de informação e orientar o fluxo das informações nas suas respectivas áreas territoriais^{32,41}.

A VE de Ibimirim dispõe de 01 coordenador e 02 digitadores, 01 técnico em investigação de óbitos e 01 técnico em investigação epidemiológica⁴². Na USF, o

município tem a colaboração dos Agentes Comunitários de Endemias (ACEs), que atuam em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

4.3 Período de Estudo

O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2012 a julho de 2014.

4.4 Universo do Estudo/Período de Referência

A unidade de análise foi a VE da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ibimirim – PE, e os níveis de análise foram: a gestão municipal da SMS, considerando tanto a Coordenação de VE como a Coordenação da AB; e as USF. Foram abordadas oito USFs, em funcionamento no momento da coleta, no mês de março de 2013.

4.5 Estratégia de Pesquisa

A abordagem metodológica foi delineada para atender os objetivos do estudo, constando de algumas etapas:

- Elaboração do modelo lógico;
- Elaboração do modelo integrador;
- Elaboração da matriz de análise e julgamento para avaliação do desempenho da VE;
- Coleta e processamento dos dados;
- Análise dos dados.

a) Elaboração do Modelo Lógico

O desenho do modelo lógico é de grande importância na realização de alguns tipos de avaliação, na medida em que apoia os atores envolvidos na reconstrução do objeto a ser avaliado, buscando entender seu funcionamento, a partir do detalhamento dos seus componentes, atividades e produtos necessários para operacionalização destas ações, numa sequência lógica para que possam ser alcançados os resultados esperados⁴³.

Os documentos utilizados para a elaboração do modelo lógico foram:

- Portaria n.º 3.252 ,de 22 de dezembro de 2009¹⁴;
- Guia de Vigilância Epidemiológica⁴⁴;
- Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde volume 13⁴⁵;
- Caderno de Atenção Básica n.º 21 (Brasil, 2008)²;
- Portaria n.º 1.172, de 15 de junho de 2004⁴⁴;
- Plano Municipal de Ibimirim, 2009 a 2012³⁰;
- Relatório de Gestão de Ibimirim, 2011³¹;
- Instrumento de Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde de Pernambuco, de 2012⁴⁶;
- Instrução Normativa n.º 02, de 22 de novembro de 2005⁴⁷;
- Portaria n.º 20, de 03 de outubro de 2003⁴⁸;
- Instrução Normativa n.º 01, de 19 de agosto de 2004⁴⁷.

Foram ainda consultados informantes-chave da gestão (gestor municipal, coordenador da VE e coordenadora da AB), que contribuíram para a elaboração do modelo.

O modelo lógico da VE municipal na AB é composto por 05 componentes:

- i) Fortalecimento do processo de trabalho;
- ii) Notificação, investigação e processamentos dos dados;
- iii) Análise e disseminação da informação;
- iv) Medidas de prevenção e controle;
- v) Monitoramento e avaliação.

Para cada componente foram delineadas as atividades que devem ser realizadas para que, de posse dos recursos necessários, sejam alcançados os produtos e resultados (intermediários e final) esperados. Foram utilizados os conceitos de condição traçadora⁴⁹ e evento sentinela⁵⁰, pela diversidade de doenças e agravos que estão no escopo da VE.

Entendeu-se que, para avaliar o desempenho das ações da VE é necessário utilizar procedimentos metodológicos que permitam um melhor recorte temático, com possibilidade de selecionar uma categoria que apresente aspectos do funcionamento rotineiro do serviço, ligados à integração das atividades da VE e AB, bem como estes se relacionam. Para tanto, recorreu-se à seleção de condições traçadoras, que analisam a efetividade do atendimento nos serviços de saúde. Hartz *et al*⁵¹ relacionaram esta condição à prevalência, à definição e facilidade de diagnóstico, à disponibilidade de tecnologia de eficácia reconhecida para tratamento e/ou prevenção e à compreensão dos efeitos de fatores não médicos sobre o problema⁵¹. Isto pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde, de acordo com a proposição de Kessner *et al*⁵². Neste estudo, o pressuposto é que a forma como a VE administra sua intervenção sobre uma

determinada condição. Constitui um indicador da qualidade geral do sistema que fornece o cuidado.

Foram elencadas como condições traçadoras:

Dengue – doença endêmica no Estado do Pernambuco, devido às precárias condições socioeconômicas e de infraestrutura em que vive grande parte da população, o elevado número de casos nos anos de 2011-2012 no município de Ibimirim e o reconhecimento da responsabilidade direta do setor da saúde na promoção de ações e práticas capazes de evitá-la⁵³;

Tuberculose – que representa uma endemia importante entre as doenças de notificação, além da atuação na estratégia da AB, segundo a NOAS-SUS²⁴.

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – por ser uma política adotada recentemente no município, por apresentar um número considerável de notificações, por informação imediata, no local onde é gerada, além da alimentação dos bancos de dados nacionais, permitindo análises mais gerais que orientam o planejamento e o estabelecimento de ações necessárias ao conjunto ou grupos específicos da população, em situações correntes ou emergenciais.^{51,54}

Por sua vez, os eventos sentinelas são definidos como óbitos evitáveis, agravos preveníveis ou eventos raros que possam ocasionar mudanças nos padrões de ocorrência das doenças⁵⁵, sendo selecionados nesta pesquisa:

Mortalidade infantil e mortalidade materna – considerando o preenchimento das declarações de óbito, a investigação e análise destes óbitos como ponto fundamental para avaliação do desempenho dos processos de notificação, investigação e

processamentos dos dados nas ações de VE no município. Ademais, a organização da VE da morte materna também aponta para uma ação estratégica fundamental no fortalecimento do Sistema de Informação de Mortalidade e para a elaboração de políticas de saúde que reflitam as necessidades da população⁵⁶. É também uma atribuição de municípios e estados⁵⁷, sendo os prazos e fluxos da investigação regulamentados por meio de práticas⁵⁸.

O modelo lógico está apresentado em forma reduzida na Figura 2 e expresso detalhadamente no Apêndice A.

Figura 2 - Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica em âmbito Municipal

Contexto externo: Político

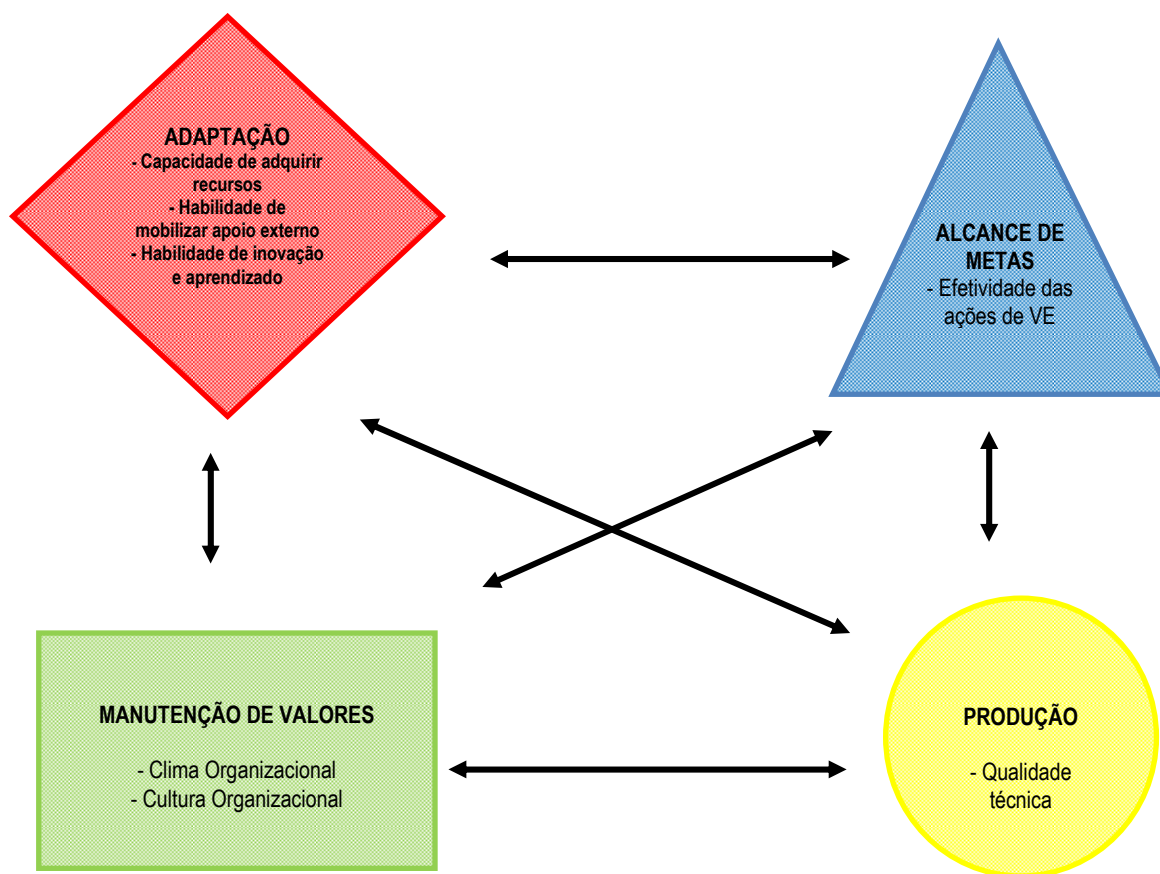
Contexto interno: Cultura organizacional, Clima organizacional

RECURSOS	COMPONENTES	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
Profissionais qualificados; insumos (fichas de notificação e investigação, material educativo, softwares); equipamentos (computador, impressora, tinta); veículos;	Fortalecimento do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação dos técnicos da VE para o desenvolvimento das ações de gestão - Capacitação dos profissionais da AB para o desenvolvimento das ações no território - Estabelecimento de parcerias com ONGs e instituições formadoras nas ações de VE - Apoio técnico e estrutural do nível central às ESFs no desenvolvimento das ações de VE 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da capacidade técnica dos profissionais da VE - Qualificação das ações de VE realizadas pela AB - Ampliação das possibilidades de atuação da VE - Aumento da resolutividade das ações de VE - Garantia das condições necessárias para o adequado desenvolvimento das ações de VE na AB 	Aumento do conhecimento, detecção, prevenção e controle das doenças e agravos
	Notificação, investigação e Processamento dos dados	<ul style="list-style-type: none"> - Busca ativa de casos novos de TB, dengue, violências, DDA e Aids, na área adscrita - Investigação dos óbitos infantis, óbitos maternos e casos de Aids - Consolidação dos dados das notificações e investigações, nascimentos e óbitos nos Sistemas de Informações 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do conhecimento sobre a situação de saúde do território e do município - Aumento do número de casos diagnosticados precocemente e tratados oportunamente - Maior adequação das medidas de controle - Melhoria da qualidade da informação 	
	Análise e disseminação da informação	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos periódicos para os profissionais de saúde - Divulgação das ações da VE e da situação da saúde para a população, por meio de cartazes informativos e veículos de comunicação. - Análise da situação de saúde da população (nascimentos, morbidade, mortalidade), com base nos dados contidos nos SIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do conhecimento do profissional sobre a situação de saúde do território e do município - Aumento do empoderamento da população para apoiar a prevenção e controle dos agravos - Decisões tomadas de acordo com o perfil epidemiológico do município 	
	Monitoramento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Painel construído juntamente com a AB - Indicadores com monitoramento integrado (VE e AB) - Realização das ações de avaliação e do processo de monitoramento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia da promoção da saúde adotando medidas de prevenção e controle - Aumento do empoderamento da população para apoio da prevenção e controle dos agravos - Redução do número de casos de doenças e agravos de notificação compulsória 	
	Medidas de prevenção e controle	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da comunidade nas ações de campo de prevenção e controle da dengue - Realização de campanhas para diagnóstico precoce e tratamento da TB e Hansen - Atividades educativas realizadas na sala de espera das USF, abordando temas de VE 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria da qualidade do Sistema de VE, a partir do redirecionamento ou manutenção das ações Decisões tomadas de acordo com o perfil epidemiológico do município 	

b) Elaboração do Modelo Integrador

Para elaboração do Modelo Integrador procedeu-se a uma adaptação das dimensões propostas no Modelo EGIPSS ao contexto e objetivos do presente estudo. Desta forma, fez-se a análise da correspondência entre os elementos (recursos, atividades e resultados) e componentes do modelo lógico e as funções e dimensões do modelo EGIPSS para a definição de critérios e indicadores na avaliação de desempenho da VE de Ibimirim – PE (Quadros 1, 2, 3 e 4). Para tanto, foram utilizadas as funções **adaptação, alcance de metas, manutenção de valores e produção**. Para cada função foram selecionadas as dimensões que respeitassem a realidade da VE municipal²⁶. (Figura 3).

Figura 3 - Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE.



Fonte: Contandriopoulos, Champagne, 2005

**Quadro 1 - Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância
Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Adaptação.**

Dimensão	Critério	Indicador
Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	Gestão de Pessoas	N.º de profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) contratados para as ESF nos 4 anos da gestão.
		N.º de técnicos e gestores (vigilância e AB) contratados para o nível central, nos 4 anos da gestão.
		N.º de profissionais existentes nas ESF.
		N.º de técnicos e gestores existentes na VE.
	Gestão de Equipamentos e Materiais	N.º de veículos existentes.
		N.º de computadores existentes, com e sem internet.
		N.º de impressoras existentes.
		N.º de telefones existentes.
		N.º de aparelhos de fax existentes.
	Gestão financeira	Recurso financeiro adquirido por meio de convênio ou similar, além do piso repassado pelo MS nos 4 anos da gestão.
Habilidade de mobilizar apoio externo	Parceria institucional	Número de ações realizadas em parceria com ONG's.
		Número de ações integradas com outros setores governamentais. (Sec. de Habitação, Sec. das cidades, Sec. de Defesa Social).
		Número de parcerias firmadas com instituições de ensino e pesquisa.
	Mobilização comunitária	% de ações de campo de prevenção e controle da dengue com o envolvimento da comunidade.
		Realização de palestras educativas na comunidade abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual.
		Realização de palestras educativas abordando as formas de prevenção e tratamento da TB.
		Realização de palestras educativas em grupos, associações e eventos da saúde na comunidade, com foco na importância do pré-natal e puericultura.
Habilidade de inovação e aprendizado	Educação Permanente	Realização de atividades de educação permanente (EP) na rotina do serviço
	Estratégias inovadoras	Estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos. (Campanhas, ações educativas, projetos)

Quadro 2 - Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Produção.

Dimensão	Critério	Indicador
Qualidade técnica	Notificação, investigação e processamento dos dados	% de notificação dos casos de TB e dengue.
		% de casos novos de TB e dengue, identificados por busca ativa.
		% de comunicantes de TB identificados por busca ativa.
		% de faltosos ao tratamento de TB captados pela ESF através de busca ativa.
		% de TB e dengue investigados.
		% de fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no SINAN, SIM e SINASC.
		Complementação dos campos em aberto das DN, DO e fichas de notificação/investigação.
		Periodicidade de envio do banco de dados do SIM, SINAN e SINASC para a GERES.
	Análise e disseminação da informação	Análise da situação de saúde da população.
		Cruzamento do banco de dados do SIM e do SIAB bimensal.
		Divulgação das ações da VE e da situação da saúde para a população semestralmente, por meio de boletins epidemiológicos.
		Elaboração de boletins epidemiológicos semestralmente.
		Realização mensal de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos.
	Medidas de prevenção e controle	N.º de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB, anualmente.
		Vacinação de BCG e quimioprofilaxia realizadas nos casos e contatos de TB que tenham indicação
Atividades educativas realizadas na ESF abordando a prevenção e controle da Dengue.		

Quadro 3 - Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Alcance de Metas.

Dimensão	Critério	Indicador
Efetividade das ações	Notificação, investigação e processamentos dos dados	% de casos diagnosticados precocemente de dengue e TB nos últimos 4 anos.
		% de redução do número de casos novos de dengue nos últimos 4 anos.
		% de redução de formas graves de dengue nos últimos 4 anos.
		% de redução do abandono do tratamento pelos pacientes de TB nos últimos 4 anos.
		% do aumento de cura dos casos novos de TB nos últimos 4 anos.
		% de aumento dos comunicantes de TB diagnosticados nos últimos 4 anos.
	Análise e disseminação da informação	% de aumento de cobertura do SIM nos últimos 4 anos.
		% de aumento de cobertura do SINASC nos últimos 4 anos.
		% de casos notificados no SINAN de violência doméstica, sexual e outras violências nos últimos 4 anos.

Quadro 4 - Modelo Integrador de Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim - PE. Função Manutenção de Valores.

Dimensão	Critério	Indicador
Cultura organizacional	Valorização da Estrutura Hierárquica	Existência de normas, regras e rotinas da SMS.
		Valorização da hierarquia.
		Existência de uma relação paternalista.
		Estabilidade organizacional. (Resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)
		Continuidade da gestão.
		Interferência política externa à organização.
		Existência de uma política de valorização profissional.
		Existência de processos de monitoramento e avaliação das ações.
Clima organizacional	Relações interpessoais	Satisfação pessoal com o trabalho realizado.
		Colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas.
		Relação com os pares.
		Relação com o chefe.
		Autonomia e suporte para realização de atividades.
Motivação profissional.		

c) Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento para Avaliação de Desempenho da Vigilância Epidemiológica

A partir dos indicadores definidos no *Modelo Integrador de Desempenho de Avaliação da Vigilância Epidemiológica no município de Ibimirim* foram estabelecidos parâmetros, fontes de verificação e pontuações esperadas, contemplando as Matrizes de Análise e Julgamento, desenvolvidas para cada uma das categorias de atores envolvidos neste estudo. Foram elaboradas matrizes específicas para: gestores, técnicos da VE e AB e profissionais da Unidade Básica de Saúde, pois estes grupos envolveram indicadores de avaliação distintos (Apêndices B, C e D).

Para cada indicador previu-se uma pontuação máxima de 10 (dez) pontos, considerando que todos apresentam igual importância para o desempenho da VE no município. Nesta direção, a pontuação máxima esperada para cada dimensão foi calculada pelo somatório dos valores atribuídos aos indicadores; assumindo-se pontuações máximas por dimensões diferentes entre si, haja vista haver quantidades díspares de indicadores selecionados em cada dimensão. No Quadro 5 podem ser observadas as pontuações máximas esperadas para cada dimensão, função, e para o conjunto destas, conforme as categorias de atores abordadas.

Quadro 5 – Pontuação máxima esperada por dimensão, função e para o conjunto destas para a avaliação do desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal, segundo as categorias profissionais, Ibimirim – PE, 2012.

Função	Categoria profissional	Dimensão	Pontuação Máxima – dimensão -	Pontuação Máxima – função -
Adaptação	Gestores	Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	40	110
		Habilidade de mobilizar apoio externo	50	
		Habilidade de inovação e aprendizado	20	
	Técnicos da VE e AB	Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	20	90
		Habilidade de mobilizar apoio externo	50	
		Habilidade de inovação e aprendizado	10	
	Profissionais da UBS	Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	30	90
		Habilidade de mobilizar apoio externo	40	
		Habilidade de inovação e aprendizado	20	
Produção	Gestores	Qualidade técnica do serviço prestado	140	140
	Técnicos da VE e AB	Qualidade técnica do serviço prestado	140	140
	Profissionais da UBS	Qualidade técnica do serviço prestado	80	80
Alcance de metas	Gestores	Efetividade das ações	30	30
	Técnicos da VE e AB	Efetividade das ações	100	100
	Profissionais da UBS	Efetividade das ações	100	100
Manutenção de valores	Gestores	Cultura organizacional	90	150
		Clima organizacional	60	
	Técnicos da VE e AB	Cultura organizacional	90	150
		Clima organizacional	60	
	Técnicos da VE e AB	Cultura organizacional	90	150
		Clima organizacional	60	
Pontuação máxima total			1.330	

4.6 Coleta e Processamento de Dados

Os dados foram coletados no período de março a abril de 2013, por meio de entrevistas com informantes-chave selecionados de acordo com a importância e função desempenhada na SMS, conforme segue:

- **Gestores:** Secretário (a) de Saúde de Ibirimir, Coordenadores da VE e AB;
- **Técnicos:** Técnicos da VE e AB;
- **Profissionais de UBS:** médico, enfermeiro, dentista, ACS, ACE, existentes no momento da pesquisa no município de Ibirimir - PE.

Foram incluídos no estudo os profissionais contratados no período da coleta de dados. O quantitativo dos profissionais, por categoria, está apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 – Profissionais entrevistados no para a avaliação do desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Categorias profissionais	Atores	Número de entrevistados
Gestor	Secretário de Saúde	02
	Coordenador da VE	01
	Coordenado da AB	01
Subtotal		04
Técnicos	Técnicos da VE	04
	Técnicos da AB	05
Subtotal		09
Profissionais da AB	Médico	03
	Enfermeiro	06
	Dentista	02
	Agente Comunitário de Saúde	04
	Agente de Comunitário de Endemias	03
Subtotal		18
Total		31

Para avaliação das funções do modelo integrador foram elaborados instrumentos estruturados com perguntas abertas e fechadas, considerando os critérios/indicadores elencados na matriz de análise e julgamento (Apêndice D). Os dados coletados foram

processados com a utilização dos aplicativos Microsoft Excel® e Microsoft Word® versão 2007.

4.7 Plano de Análise dos Dados

Os dados foram analisados a partir dos valores obtidos em cada indicador, cada dimensão, em cada função e no conjunto destas, comparando-se às pontuações máximas esperadas. Sendo assim, a classificação do desempenho foi definida como:

- Excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Considerando a diversidade dos indicadores e pontuações previstas entre as dimensões, funções e categorias profissionais, foram estimados Índices de Desempenho (ID) por dimensão (IDd), função (IDf) e para cada grupo de entrevistados (gestores; técnicos de VE e AB e profissionais das UBS).

O IDd foi assim calculado:

$$\text{IDd} = \frac{\sum \text{pontuação obtida na dimensão}}{\text{Pontuação máxima esperada na dimensão}} \times 100$$

Desempenho por função (IDf) também para cada categoria profissional envolvida no estudo.

Para o cálculo do IDf respeitou-se a seguinte expressão:

$$\text{IDf} = \frac{\sum \text{pontuação obtida na função.}}{\text{Pontuação máxima esperada na função.}} \times 100$$

Identificou-se o IDf para cada função: adaptação (IDfa), produção (IDfp), alcance de metas (IDfm) e manutenção de valores (IDfv) - obtido para cada categoria de atores entrevistados, no intuito de identificar as especificidades do desempenho, conforme as funções e suas categorias profissionais.

Em seguida, verificou-se o Índice de Desempenho Global (IDG) da VE em âmbito municipal. Para tanto, considerou-se a relação proporcional entre o somatório da **Pontuação máxima obtida** pelo conjunto das funções e categorias profissionais e o somatório da **Pontuação máxima esperada** (1.330 pontos) também para o total de profissionais e funções, mediante as seguintes fórmulas:

$$\text{IDG} = \frac{\sum \text{pontuação obtida pelas categorias profissionais}}{\sum \text{pontuação esperada para as categorias profissionais}} \times 100$$

$$\text{IDG} = \frac{\sum \text{pontuação obtida nas funções}}{\text{Pontuação máxima esperada nas funções}} \times 100$$

Estas duas abordagens para a análise do IDG foram empregadas para melhor demonstrar as categorias profissionais e funções que mais influenciaram os resultados obtidos.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, de acordo com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre os aspectos éticos em pesquisas com seres humanos. O projeto de pesquisa teve o n.º 3412-13 e foi aprovado.

Vale ressaltar que, no início de cada entrevista foram explicitados os objetivos e o uso dos resultados do estudo, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato dos participantes, não oferecendo riscos. As entrevistas foram atendidas pelo consentimento prévio dos sujeitos por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5. RESULTADOS

Nesta secção serão apresentados os resultados dos Índices de Desempenho para cada função elencada, considerando para isto as pontuações propostas pelo indicador e os Índices de Desempenho das dimensões correspondentes às respectivas funções.

5.1 DESEMPENHO POR FUNÇÃO





5.1.1 ADAPTAÇÃO

A função **Adaptação** alcançou 69,6% da pontuação máxima esperada, classificando-se como Índice de Desempenho Bom. Entre os profissionais abordados a menor pontuação concentrou-se entre os profissionais das UBS (48 pontos) que, apesar desta performance também obtiveram ID bom (IDd= 53,3%). Já os gestores atingiram desempenho Excelente (89,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Função Adaptação, conforme os profissionais entrevistados em Ibimirim – PE (2012).

Categorias profissionais	Adaptação		
	Pontuação Esperada	Pontuação obtida	ID / profissional (%)
Gestores	110	98	89,0
Técnicos da VE e AB	90	56	62,2
Profissionais da UBS	90	48	53,3
Pontuações Máximas / ID função Adaptação (%)	290	202	69,6





 Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Entre os gestores, a expressiva maioria dos indicadores desta função atingiu a pontuação máxima, influenciando o índice de desempenho observado nas dimensões elencadas e na Função Adaptação. Destaca-se a dimensão *Habilidade de Mobilizar Apoio Externo* que alcançou a pontuação máxima esperada dos entrevistados; apresentando classificação desempenho excelente (100%). Porém, foram observados indicadores que obtiveram pontuação aquém da esperada : “*número de equipamentos adquiridos, nos 4 anos desta gestão*” e “*estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos)*”, não tendo este último recebido pontuação (Tabela 2).

Tabela 2 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Adaptação e suas dimensões, conforme os gestores entrevistados em Ibimirim – PE (2012).

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	No. de profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) contratados para as ESF, nos 4 anos desta gestão	10	10	95
	No. de técnicos e gestores (vigilância e AB) contratados para o nível central, nos 4 anos desta gestão.	10	10	
	No. de equipamentos adquiridos (computadores com e sem internet, impressoras, fax, telefones), nos 4 anos desta gestão	10	8	
	Recurso financeiro adquirido por meio de convênio ou similar, além do piso repassado pelo MS, nos 4 anos desta gestão	10	10	
Habilidade de mobilizar apoio externo	Ações realizadas em parceria com ONG	10	10	100
	Ações integradas com outros setores governamentais (Sec. de Habitação, Sec. das cidades, Sec. de Defesa Social)	10	10	
	Parcerias firmadas com	10	10	

	instituições de ensino e pesquisa			
	Mutirões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade.	10	10	
	Realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual	10	10	
Habilidade de inovação e aprendizado	Nº e tipos de atividades de educação permanente (EP) realizadas na rotina do serviço (discussão de casos nas reuniões das ESF, encontros com especialistas no serviço)	10	10	50
	Estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos)	10	0	
IDf Adaptação - gestores (%)		110	98	89,0%

	Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Entre os técnicos da VE e AB, foi observado o pior IDd *Habilidade de inovação e aprendizado* (IDd =20%, Desempenho Ruim), representada pelos indicadores “nº e tipos de atividades de educação permanente” e “estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos”. Estes indicadores receberam, respectivamente, pontuação parcial e nula em relação à esperada. O mesmo, aconteceu com a “realização de parcerias com instituições de ensino e pesquisa” que não pontuou. Contudo, os indicadores da dimensão *Capacidade de adquirir recursos* obtiveram a pontuação máxima esperada, classificando-se como Desempenho Excelente, colaborando com o ID observado para a Função Adaptação nesta categoria profissional, que correspondeu a 62,2%; desempenho bom (Tabela 3).

Tabela 3 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Função Adaptação e suas dimensões, conforme os técnicos da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica entrevistados em Ibimirim – PE (2012).

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	No. de técnicos e gestores (vigilância e AB) contratados para o nível central, nos 4 anos desta gestão.	10	10	100
	No. de equipamentos adquiridos (computadores com e sem internet, impressoras, fax, telefones), nos 4 anos desta gestão.	10	10	
Habilidade de mobilizar apoio externo	Ações realizadas em parceria com ONG.	10	10	64
	Ações integradas com outros setores governamentais (Sec. de Habitação, Sec. das cidades, Sec. de Defesa Social).	10	10	
	Parcerias firmadas com instituições de ensino e pesquisa.	10	0	
	% dos mutirões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade.	10	6	
	Realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual.	10	6	
Habilidade de inovação e aprendizado	Nº e tipos de atividades de educação permanente (EP) realizadas na rotina do serviço (discussão de casos nas reuniões das ESF, encontros com especialistas no serviço).	10	4	20
	Estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos).	10	0	
Idf Adaptação - técnicos da VE e AB (%)		90	56	62,2





- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Na avaliação entre os profissionais das UBSs, as dimensões *Capacidade de adquirir recursos* e *Habilidade de inovação e aprendizado* tiveram, respectivamente desempenho ruim (IDd = 26,6%) e regular (IDd = 30,0%). Classificação esta devida principalmente aos indicadores relativos aos equipamentos adquiridos e às estratégias

inovadoras criadas pela gestão municipal. Já os indicadores elencados na dimensão *Habilidade de mobilizar apoio externo* foram responsáveis pelas maiores pontuações observadas, alcançando desempenho excelente (IDd = 85,5%). A despeito disto, na função adaptação, conforme estes atores, atingiu-se Desempenho Bom (53,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Adaptação e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica de Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012).

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	No. de profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) contratados para as ESF, nos 4 anos desta gestão	10	8	26,6
	No. de equipamentos adquiridos (computadores com e sem internet, impressoras, fax, telefones), nos 4 anos desta gestão	10	0	
	Recurso financeiro adquirido por meio de convênio ou similar, além do piso repassado pelo MS, nos 4 anos desta gestão	10	0	
Habilidade de mobilizar apoio externo	Ações realizadas em parceria com ONG	10	6	85,0
	Ações integradas com outros setores governamentais (Sec. de Habitação, Sec. das cidades, Sec. de Defesa Social)	10	8	
	% dos mutirões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade.	10	10	
	Realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual	10	10	
Habilidade de inovação e aprendizado	Nº e tipos de atividades de educação permanente (EP) realizadas na rotina do serviço (discussão de casos nas reuniões das ESF, encontros com especialistas no serviço)	10	6	30
	Estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos)	10	0	
IDf - profissionais da UBS (%)		90	48	53,3





 Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

5.1.2 PRODUÇÃO

A função **Produção** consolida os indicadores na dimensão *Qualidade técnica do serviço prestado*; de modo a apresentar IDs percentualmente aproximados entre os profissionais envolvidos. Os profissionais da UBS (67,5%) e os gestores (61,4%) tiveram o maior e o menor índice, respectivamente; ficando ambos com Desempenho Bom; o mesmo aconteceu com a Função Produção (64,5%); quando considerada para o conjunto dos profissionais. Destaca-se, porém, que nenhuma categoria profissional alcançou desempenho excelente (Tabela 5).

Tabela 5 – Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Produção, conforme os profissionais entrevistados em Ibimirim–PE (2012)

Categorias profissionais	Produção		
	Pontuação Esperada	Pontuação obtida	ID profissional (%)
Gestores	140	86	61,4
Técnicos da VE e AB	140	92	65,7
Profissionais da UBS	80	54	67,5
Pontuações Máximas / ID função Produção (%)	360	232	64,5

	Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Entre os gestores, a maioria dos indicadores não apresentou a pontuação máxima esperada, apesar de a função ter atingido Desempenho Bom. Foi observado que os gestores, não realizam algumas ações: análise da situação de saúde semestralmente, cruzamento semestral do SIM e Siab, elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos semestrais; além da apresentação das ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social, semestralmente (Tabela 6).

Tabela 6 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Função Produção e suas dimensões, conforme os gestores entrevistados em

Ibimirim – PE (2012)

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Qualidade técnica	% de comunicantes de TB e Hansen identificados por busca ativa	10	8	61,4
	% de faltosos ao tratamento de TB e Hansen captados pela ESF, busca ativa	10	8	
	% de óbitos infantis; óbitos maternos; Tuberculose e dengue investigados.	10	4	
	% de fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no Sinan, SIM e Sinasc	10	10	
	Complementação dos campos em aberto das DN, DO e fichas de notificação/investigação	10	10	
	Percentual de envio do banco de dados do SIM, Sinan e Sinasc para a Geres	10	10	
	Análise da situação de saúde da população semestralmente	10	0	
	Cruzamento semestral do banco de dados do SIM e do Siab	10	0	
	Elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos, semestral.	10	0	
	Apresentação das ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social, semestralmente.	10	0	
	Realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos	10	10	
	No. de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB	10	10	
	Percentual dos casos e contatos de TB que tenham indicação de BCG e quimioprofilaxia realizadas	10	10	
Atividades educativas realizadas na ESF abordando a prevenção e controle de doenças preveníveis	10	6		
IDf Produção Gestores (%)		140	86	61,4

- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Da mesma forma, para os técnicos da VE e AB a classificação de desempenho foi Bom (65,7%), observando-se que a maioria dos indicadores não apresentou a pontuação máxima para os indicadores discriminados. Contribuindo, porém, com o IDf, observou-se que algumas ações são totalmente desenvolvidas no município, recebendo a pontuação máxima. São elas: investigação de óbitos infantis, óbitos maternos e dos casos de Aids, tuberculose, hanseníase e dengue; análise da situação de saúde da população, semestralmente; realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis; para análise dos casos; apresentação das ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social, semestralmente (Tabela 7).

Tabela 7 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Função Produção e suas dimensões, conforme os técnicos da VE e AB

entrevistados em Ibimirim – PE (2012).

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Qualidade Técnica	% de comunicantes de TB identificados por busca ativa.	10	4	65,7
	% de faltosos ao tratamento de TB captados pela ESF, busca ativa.	10	6	
	% de óbitos infantis; óbitos maternos; e casos de Tb e dengue investigados.	10	10	
	% de fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no Sinan, SIM e Sinasc.	10	6	
	Complementação dos campos em aberto das DN, DO e fichas de notificação/investigação.	10	8	
	% de envio do banco de dados do SIM, Sinan e Sinasc para a Geres.	10	8	
	Análise da situação de saúde da população semestralmente.	10	10	
	Cruzamento semestral do banco de dados do SIM e do Siab.	10	0	
	Elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos semestral.	10	0	
	Apresentação das ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social semestralmente.	10	10	
	Realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos.	10	10	
No. de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB.	10	4		

	Percentual dos casos e contatos de TB que tenham indicação de BCG e quimioprofilaxia realizadas.	10	8	
	Atividades educativas realizadas na ESF abordando a prevenção e controle de doenças preveníveis.	10	8	
IDf Produção – Profissionais técnicos da VE e AB (%)		140	92	65,7





- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

A maior parcela dos profissionais das UBSs indicou que não são realizadas análises de situação de saúde. Para grupo profissional das UBSs, o respectivo indicador foi o único que não pontuou, o que cotribuiu para a obtenção do melhor ID entre os atores participantes. Ressalta-se, entretanto, que estes profissionais apresentaram a mesma classificação dos demais (IDd “Bom”), apesar de numericamente terem alcançado ID ligeiramente superior (67,5%) nesta função (Tabela 8).

**Tabela 8 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.
Função Produção e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica
de Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012).**

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Qualidade técnica	% de comunicantes de TB identificados por busca ativa	10	6	67,5
	% de faltosos ao tratamento de TB e captados pela ESF, busca ativa	10	6	
	% de óbitos infantis; óbitos maternos; e casos de Tb e dengue investigados.	10	8	
	Complementação dos campos em aberto das DN, DO e fichas de notificação/investigação	10	6	
	Análise da situação de saúde da população semestralmente	10	0	
	Realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos	10	10	
	No. de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB	10	10	

	Atividades educativas realizadas na ESF abordando a prevenção e controle de doenças preveníveis	10	8	
IDf Produção – Profissionais de UBS (%)		80	54	67,5

	Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.





5.1.3 ALCANCE DE METAS

Na função **Alcance de Metas**, nenhuma categoria de atores obteve escore Excelente. Os Gestores alcançaram um ID de 26%, correspondendo a desempenho regular. Entre os demais profissionais, o IDfs foram observados separadamente, alcançando 56% para técnicos da VE e AB e 68% para profissionais da UBS, o que corresponde a um Desempenho Bom (Tabela 9).

Tabela 9 – Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Função Alcance de Metas, conforme os profissionais entrevistados em Ibimirim–PE (2012).

Categorias profissionais	Alcance de metas		
	Pontuação obtida	Pontuação Esperada	ID profissional %
Gestores	8	30	26,6
Técnicos da VE e AB	56	100	56,0
Profissionais da UBS	68	100	68,0
Pontuações Máximas / ID função Alcance de Metas (%)	132	230	57,4

	Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
	Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

A efetividade das ações é a dimensão que representa esta função em análise. Os gestores entrevistados indicaram que os casos dengue, tuberculose, violência e DDA não foram diagnosticados precocemente, nos últimos 4 anos; os demais indicadores, também não foi obtida a totalidade de respostas positivas e a pontuação máxima, conduzindo ao IDd de 26,6% da pontuação máxima (Tabela 10).

Tabela 10 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Função Alcance de Metas e suas dimensões, conforme os gestores entrevistados em Ibimirim – PE (2012)

Dimensão	Indicador	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Efetividade das ações	% de casos diagnosticados precocemente de: dengue, TB, violências, DDA, nos últimos 4 anos.	10	0	26,6
	% de casos notificados no Sinan de violência doméstica, sexual e outras violências, nos últimos 4 anos.	10	4	
	% de taxa de incidência de MI em menores de 5 anos.	10	4	
IDf Alcance de Metas – Gestores (%)		30	8	26,6

- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Na tabela 11, pode-se verificar que, apesar de os técnicos de VE e AB ter obtido IDf superior aos gestores, nenhum indicador previsto alcançou a pontuação máxima, apresentando um ID Bom (56,0%). O maior número de indicadores elencados para os técnicos, em relação aos gestores, pode ter influenciado este resultado. Entre estes indicadores, “o percentual de redução de formas graves de dengue, nos últimos 4 anos” e o “% do aumento de cura dos casos novos de TB, nos últimos 4 anos” receberam as maiores pontuações (8 pontos) (Tabela 11).

**Tabela 11 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.
Função Alcance de Metas e suas dimensões, conforme os técnicos da Vigilância
Epidemiológica e Atenção Básica entrevistados em Ibirimir – PE (2012).**

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Efetividade das ações	% de casos diagnosticados precocemente de: dengue, TB, violências, DDA, nos últimos 4 anos.	10	6	56,0
	% de redução do número de casos novos de dengue, nos últimos 4 anos.	10	4	
	% de redução de formas graves de dengue, nos últimos 4 anos.	10	8	
	% de redução do abandono do tratamento pelos pacientes de TB, nos últimos 4 anos.	10	6	
	% do aumento de cura dos casos novos de TB, nos últimos 4 anos.	10	8	
	% de aumento dos comunicantes de TB diagnosticados, nos últimos 4 anos.	10	6	
	% de aumento de cobertura do SIM, nos últimos 4 anos.	10	4	
	% de aumento de cobertura do Sinasc, nos últimos 4 anos.	10	4	
	% de casos notificados no Sinan de violência doméstica, sexual e outras violências, nos últimos 4 anos.	10	6	
	% de taxa de incidência de MI em menores de 5 anos.	10	4	
IDf Alcance de Metas – Técnicos da VE e AB (%)		100	56	56,0

- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Considerando os mesmos indicadores abordados com os Técnicos de VE e AB, os profissionais de UBSs também não obtiveram pontuação máxima em nenhum indicador. Estes atores apresentaram IDf superior (68,0%) em relação aos técnicos, que atingiram ID de 56,0%. Contribuindo para este resultado ressalta-se que expressiva maioria dos indicadores recebeu entre 6 e 8 pontos, se aproximando mais da pontuação esperada, quando comparado com os Técnicos de VE e AB (Tabela 12).

Tabela 12 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Função Alcance de Metas e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica de Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012)

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Efetividade das ações	% de casos diagnosticados precocemente de: dengue, TB, violências, DDA nos últimos 4 anos.	10	6	68,0
	% de redução do número de casos novos de dengue, nos últimos 4 anos.	10	6	
	% de redução de formas graves de dengue, nos últimos 4 anos.	10	8	
	% de redução do abandono do tratamento pelos pacientes de TB, nos últimos 4 anos.	10	8	
	% do aumento de cura dos casos novos de TB, nos últimos 4 anos.	10	8	
	% de aumento dos comunicantes de TB diagnosticados, nos últimos 4 anos.	10	8	
	% de aumento de cobertura do SIM, nos últimos 4 anos.	10	6	
	% de aumento de cobertura do Sinasc, nos últimos 4 anos.	10	6	
	% de casos notificados no Sinan de violência doméstica, sexual e outras violências, nos últimos 4 anos.	10	8	
	% de taxa de incidência de MI em menores de 5 anos.	10	4	
IDf Alcance de Metas – Profissionais da UBS (%)		100	68	68,0





- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

5.1.4 MANUTENÇÃO DE VALORES

Entre os profissionais entrevistados, os gestores alcançaram maior pontuação e ID 66,6%, considerado Bom. Por outro lado, os profissionais da UBS alcançaram menor ID nesta função (46,7%), classificando-se como regular. Nesta direção observa-se um ID “Bom” para a função manutenção de valores (Tabela 13).

**Tabela 13 – Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.
Função Manutenção de valores, conforme os profissionais entrevistados em
Ibimirim – PE (2012).**

Categorias profissionais	Manutenção de valores		
	Pontuação Obtida	Pontuação Esperada	ID profissional %
Gestores	100	150	66,6
Técnicos da VE e AB	80	150	53,3
Profissionais da UBS	70	150	46,7
Pontuações Máximas / ID função Manutenção de valores (%)	250	450	55,5

 Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
 Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Nesta função foram abordadas duas dimensões que tratam de indicadores relacionados à Cultura Organizacional e ao Clima Organizacional, tendo o segundo grupo obtido melhor desempenho em todas as categorias profissionais.

Para os gestores, na dimensão cultura organizacional, destacam-se a ausência de uma política de continuidade das ações desenvolvidas no município e/ou a valorização das ações dos profissionais, expressas nas variáveis “*Criação de uma identidade institucional*”, “*Continuidade da gestão*” e “*Política de valorização e fixação profissional*”, que não foram mencionadas por estes atores, contribuindo para o IDd regular. Na dimensão Clima Organizacional, a ação direcionada à colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas foi o único indicador que não recebeu a pontuação máxima, sendo observado IDd de 93,3% (desempenho excelente). Apesar

destas divergências entre as dimensões, observou-se IDf de 66,6% (Desempenho Bom) entre os gestores (Tabela 14).

Tabela 14 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.
Função Manutenção de Valores e suas dimensões, conforme os gestores
entrevistados em Ibimirim – PE (2012)

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Cultura organizacional	Existência de normas, regras e rotinas da SMS	10	10	48,9
	Valorização da hierarquia	10	0	
	Existência de uma relação paternalista (gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes)	10	10	
	Estabilidade organizacional (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)	10	10	
	Criação de uma identidade institucional	10	0	
	Continuidade da gestão	10	0	
	Interferência política externa à organização	10	10	
	Existência de uma política de valorização e fixação profissional	10	0	
Existência de processos de monitoramento e avaliação das ações	10	4		
Clima organizacional	Satisfação pessoal com o trabalho realizado	10	10	93,3
	Colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas	10	6	
	Relação com os pares	10	10	
	Relação com o chefe	10	10	
	Autonomia e suporte para realização de atividades	10	10	
	Motivação profissional	10	10	
IDf Manutenção de valores – Gestores (%)		150	100	66,6

- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Os técnicos de AB e VE foram avaliados com base nos mesmos indicadores; na cultura organizacional, além dos indicadores que não pontuaram em todas as categorias profissionais, os técnicos apontaram para a ausência de estabilidade organizacional (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas). Por sua vez, a dimensão clima organizacional teve melhor IDd (76,7% = desempenho excelente),

mesmo tendo indicadores, como satisfação pessoal, que não recebeu pontos, e o indicador colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas, que foi parcialmente pontuado (6 pontos) (Tabela 15).

Tabela 15 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.
Função Manutenção de Valores e suas dimensões, conforme os técnicos da
Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica entrevistados em Ibimirim-PE (2012)

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Cultura organizacional	Existência de normas, regras e rotinas da SMS.	10	10	48,9
	Valorização da hierarquia.	10	10	
	Existência de uma relação paternalista (gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes).	10	10	
	Estabilidade organizacional (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas).	10	0	
	Criação de uma identidade institucional.	10	0	
	Continuidade da gestão.	10	0	
	Interferência política externa à organização.	10	10	
	Existência de uma política de valorização e fixação profissional.	10	0	
Existência de processos de monitoramento e avaliação das ações.	10	4		
Clima organizacional	Satisfação pessoal com o trabalho realizado.	10	0	76,7
	Colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas.	10	6	
	Relação com os pares.	10	10	
	Relação com o chefe.	10	10	
	Autonomia e suporte para realização de atividades.	10	10	
Motivação profissional.	10	10		
IDf Manutenção de valores – Técnicos de VE e AB (%)		150	90	60,0

- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

Para os profissionais de UBS, 8 dos 15 indicadores não pontuaram, sendo particularmente observado por estes profissionais aspectos como: a inexistência de normas, regras e rotinas na gestão municipal e a falta de autonomia e suporte para a

realização de atividades. Para estes atores, o ID da dimensão “clima organizacional” teve performance superior à observada na dimensão “cultura organizacional”. Apesar disto, entre estes profissionais, a dimensão “clima organizacional” apresentou pontuações inferiores às obtidas para as demais. Assim, para os profissionais das UBSs identificou-se desempenho bom para a dimensão “clima organizacional” (66,7%); regular para a “cultura organizacional” (33,3%); assim como para a função “manutenção de valores”, que alcançou apenas 46,7% da pontuação.

Tabela 16 - Desempenho da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Função Manutenção de Valores e suas dimensões, conforme os profissionais das Unidade Básica de Saúde entrevistados em Ibimirim – PE (2012)

Dimensão	Indicador	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	IDd (%)
Cultura organizacional	Existência de normas, regras e rotinas da SMS.	10	0	33,3
	Valorização da hierarquia.	10	10	
	Existência de uma relação paternalista (gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes).	10	10	
	Estabilidade organizacional (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas).	10	0	
	Criação de uma identidade institucional.	10	0	
	Continuidade da gestão.	10	0	
	Interferência política externa à organização.	10	10	
	Existência de uma política de valorização e fixação profissional.	10	0	
	Existência de processos de monitoramento e avaliação das ações.	10	0	
Clima organizacional	Satisfação pessoal com o trabalho realizado.	10	0	66,7
	Colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas.	10	10	
	Relação com os pares.	10	10	
	Relação com o chefe.	10	10	
	Autonomia e suporte para realização de atividades.	10	0	
	Motivação profissional.	10	10	
IDf Manutenção de valores – profissionais de UBS (%)		150	70	46,7

- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

DESEMPENHO GLOBAL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM ÂMBITO MUNICIPAL

O IDG da VE em Ibimirim foi de **61,3%**, correspondendo a um desempenho **Bom**. A respeito dos IDs das três categorias profissionais abordadas, os gestores obtiveram o melhor resultado (67,9%), aproximando-se do desempenho excelente, e o pior resultado foi o dos profissionais da UBS (57,1%), de acordo com a Tabela 17.

Quando observado o IDG e a influência das funções elencadas neste Índice, pode-se identificar que todas as funções foram classificadas como Desempenho Bom. Entretanto, a função Adaptação alcançou 69,6%, tendo melhor desempenho entre as demais e com maior aproximação percentual da classificação de Desempenho Excelente. Já nas outras funções foram verificados percentuais de 57,4% e 55,5%, respectivamente, para as funções Alcance de metas e Manutenção de valores, interferindo na pontuação e na classificação observada por função, assim como no IDG (Tabela 17).

Tabela 17 – Índice de Desempenho Global da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal, conforme as funções e profissionais entrevistados em Ibimirim – PE (2012)

Categoria Profissional	Função				Pontuação Máxima Obtida / categoria profissional	Pontuação Máxima Esperada / categoria profissional	Índice de Desempenho Global (%)
	Adaptação	Produção	Alcance de metas	Manutenção de valores			
Gestores	98	86	08	96	292	430	67,9
Técnicos da AB e VE	56	92	56	80	284	480	59,2
Profissionais da UBS	48	54	68	70	240	420	57,1
Pontuação Máxima Obtida / Função	202	232	132	250	816	1.330	61,3
Pontuação Máxima Esperada / função	290	360	230	450	1.330	Índice de Desempenho Global BOM (61,3%)	
Índice de Desempenho Global (%)	69,6	64,5	57,4	55,5	61,3		

- Desempenho excelente: entre 75% e 100% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho bom: entre 50% e 74% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho regular: entre 25% e 49% da pontuação máxima esperada.
- Desempenho ruim: ≤ a 24% da pontuação máxima esperada.

6. DISCUSSÃO

O modelo adotado neste estudo, segundo Sicotte et al.³⁵, sugere integrar os questionamentos sobre o desempenho das organizações, fundamentado em uma visão generalizada das funções que devem dominar todos os arranjos em um dado ambiente^{44,59}. Visto como um modelo que segue a Teoria da Ação Social de Parsons³⁷, este incorpora funções que se complementam e buscam um equilíbrio explicativo entre as suas dimensões e funções. O modelo apresenta indicadores que procuram compreender as relações existentes nas funções, possibilitando uma noção de relação reflexiva desenvolvida por teóricas organizacionais e pesquisadores^{56,60}.

O presente estudo abordou o ID, com foco na análise das relações intrínsecas entre os indicadores elencados nas funções, não sendo analisados os equilíbrios ou desequilíbrios entre as mesmas. A estratégia metodológica utilizada viabilizou a sistematização e análise das principais dimensões para a avaliação da VE em nível municipal, considerando a transversalidade do tema na AB. Alguns autores^{11,18,19} têm utilizado estratégias similares, no intuito de apreender o objeto estudado o mais próximo de sua realidade.

Essa abordagem aponta para a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (VE e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar). Incorpora contribuições da epidemiologia, em um processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local, alterando as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos nos modelos assistenciais vigentes. Texeira et al¹¹, sugerem alguns passos para a implantação e

operacionalização desta proposta em municípios pequenos e médios através da montagem de uma gerência de operações de projetos para execução, acompanhamento e avaliação dos mesmos.

Para Drumond¹⁸ afirma que a capacidade de organização de um serviço é o resultado de um trabalho de identificação das áreas de competência de acordo com o perfil de práticas profissionais desejadas, sendo que sua combinação determina a qualidade da atuação profissional. Cabe ressaltar que cada área é representada por um conjunto de ações-chave, detalhadas por um conjunto de desempenhos. Soares e Lima¹⁵ discutem as possibilidades de reorientação do processo de trabalho na atenção básica à luz dos pressupostos da vigilância da saúde, e sugerem conceitos-chave que podem ajudar a operacionalizar um sistema de vigilância em saúde no nível local, abordando a noção de território enquanto local privilegiado de atuação da AB.

No presente estudo, a avaliação por categorias profissionais demonstram a interdependência dos resultados de cada grupo na definição do desempenho global da VE no município de Ibimirim. Os gestores obtiveram melhor desempenho, enquanto os profissionais da UBS apresentaram menor pontuação. Da mesma forma, as divergências e convergências observadas entre as funções elencadas também foram relevantes para a configuração das práticas de VE no município.

A função “Adaptação” apresentou o melhor ID, a despeito das relevantes diferenças observadas na performance das categorias profissionais. Problemas referentes à função “Adaptação” também identificados por Freese de Carvalho et al^{67,61} normativa para identificar o grau de implantação e as principais características da gestão da VE nas

unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Os autores⁶⁴ se basearam nos fundamentos de Contrandioupolos et al⁶², ressaltando que, na realização das ações de VE a deficiências de infraestrutura, isoladamente, não constituem um entrave, enfatizando a necessidade de intervenções integradas na realização das ações da VE.

Apesar dos indicadores relativos à capacidade de captar recursos materiais, humanos e financeiros terem sido pontuados como excelentes entre os técnicos da VE e AB, na dimensão “Habilidade de inovação e aprendizagem” estes atores atribuíram a estes indicadores o pior desempenho, dentre os profissionais entrevistados. Além disso, este estudo demonstrou que, apesar da infra-estrutura ter sido bem avaliada, foram indicadas como insuficientes as atividades de educação permanente e as estratégias para prevenir e controlar doenças e agravos. Goldbaum⁶⁸ justifica es achado pela carência de profissionais, falta de capacidade técnica e pelo fato dos serviços não possuírem uma infraestrutura adequada para o desempenho da VE. Além disso, a relação direta entre a carência de recursos humanos e a dificuldade de descentralização das ações de VE nos diversos níveis do sistema de saúde, incluindo as UBSs só se torna positiva à medida que se dispunha de profissionais qualificados e infraestrutura compatível com suas atribuições^{61, 65,66}.

Ações como a notificação compulsória, por exemplo, são realizadas exclusivamente pela equipe de VE, em alguns municípios¹¹, sendo necessário dispor de técnicos qualificados para realizar o encerramento dos agravos notificados. O que aponta para a importância da qualificação da equipe técnica municipal que, muitas vezes, pode ser mais relevante do que a quantidade de profissionais.

Os outros indicadores estão intrinsecamente relacionados à existência de profissionais qualificados, voltados para ações de assistência no nível primário de atenção como, por exemplo, o indicador “Cura de casos novos de tuberculose”, da função “Alcance de Metas”, que necessita de profissionais capacitados para identificar cada caso e alimentar o sistema de informação⁶⁷.

Assim, a carência de profissionais qualificados e de infraestrutura nos serviços contribui diretamente para o baixo desempenho da categoria Técnicos da VE e AB, quando se confronta com os resultados encontrados na Função Alcance de Metas. Fachini et al⁴⁰ encontraram resultados semelhantes na Função “Alcance de Metas”, o que reforça a importância da qualificação e adequação da infraestrutura da VE e AB.

Pode-se observar, também, que serviços com vantagens estruturais (equipamentos, recursos humanos) podem propiciar a centralização dessas atividades. Esta questão pode influir no desempenho observado nas funções “Produção” e “Alcance de metas”, que pontuaram positivamente e apresentaram como indicador a presença de equipamentos.

A avaliação da função “Produção” traduz uma realidade observada nos indicadores desta função, que resgatam normas ministeriais e retratam a qualidade técnica do serviço prestado. Todavia, não há normas específicas, ou documentos formais elaborados pelo município, definindo as atribuições dos níveis do sistema municipal, o que pode ter resultar na sobreposição ou omissão de algumas atividades. Assim, cabe ponderar a inexistência de regras explícitas quanto ao funcionamento da vigilância epidemiológica no sistema municipal pode dificultar o entendimento dos profissionais

sobre as especificidades ou complementaridades das ações em cada nível⁶⁸. Apesar deste aspecto, o desempenho dos profissionais foi classificado como Bom nesta função.

Alguns indicadores da dimensão qualidade técnica da função “Produção” não foram pontuados na maioria das categorias profissionais. O indicador “Análise da situação de saúde da população, semestralmente” não foi pontuado nas categorias profissionais Gestor e Profissionais da UBS. Já entre os Técnicos de VE e AB, apesar de terem atribuído este indicador a pontuação máxima, os indicadores de cruzamento semestral do banco de dados do Siab e do SIM e o indicador semestral de elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos não pontuaram. Nesse sentido, destaca-se que a ausência de divulgação periódica de boletins epidemiológicos através da coordenação da VE é relevante, de forma negativa, uma vez que a retroalimentação do sistema auxilia na gestão e organização do serviço, subsidiando a avaliação das ações de prevenção e controle. Além disso, os dados constantes dos boletins são necessárias para uma análise mais profunda de aspectos relevantes de saúde. Sua não disponibilização ou ausência acarreta um subaproveitamento do potencial explicativo da ocorrência das doenças^{61,69}.

Observou-se ainda que, nas ESF, ações de VE como o monitoramento dos indicadores da área e a consolidação/análise da informação gerada pela equipe, ainda são pouco realizadas, como visto nos indicadores da função “Produção”, o que possivelmente pode ter refletido nos resultados observados na dimensão “Efetividade das ações”, da função “Alcance de metas”.

Cabe ainda destacar os indicadores que tiveram menor pontuação na função “Produção”. Quando da avaliação do conjunto dos profissionais abordados ressaltam-se o “cruzamento semestral do banco de dados do SIM e do Siab; a “elaboração e

divulgação de boletins epidemiológicos semestralmente”, a “análise da situação de saúde da população semestralmente”; além dos indicadores de busca ativa que também não foram bem pontuados. O que se contrapõe ao que foi constatado por Santos Melo⁷⁰ e por Cerqueira et al⁷¹. Conforme indicado nestes estudos^{75,80}, embora a descentralização das ações de VE para as ESF tenha contribuído para a melhoria de alguns indicadores de saúde, os profissionais ainda consideram a VE uma prática secundária no processo de trabalho, e que deveria ser realizada por profissionais especializados⁷².

A função “Alcance de metas” teve classificação de desempenho bom, com uma pontuação menor na categoria profissional gestor, e os profissionais da UBS tiveram maior IDf. Estes achados reforçam as afirmativas de Cerqueira et al⁷¹, de que os esforços são minimizados quando as atividades de VE são executadas por profissionais de nível mais apropriado de conhecimentos da área adscrita, que corresponde ao nível primário de atenção à saúde. É importante destacar que, apesar do nível primário de atenção, representado pelos profissionais de UBS, ter tido melhor desempenho nesta função, em relação aos demais níveis (gestores e técnicos), ainda é necessário avançar no cumprimento de alguns objetivos estratégicos. Como exemplo, tem-se o indicador “% de casos diagnosticados precocemente de dengue, TB, Hanseníase, violências, DDA e Aids, nos últimos 4 anos”, que não obteve pontuação na categoria Gestor e nas outras categorias obteve baixa pontuação.

Os indicadores da função “Alcance de Metas”, utilizados para o processo de monitoramento dos dados epidemiológicos podem ser um componente de acompanhamento específico, com capacidade de sugerir a necessidade de intervenções

para avaliar e ações de monitoramento. Por outro lado, os indicadores não são as únicas ferramentas para intervenções e mudanças, sendo necessário que as equipes de vigilância realizem análises periódicas considerando o perfil epidemiológico de seu território⁷⁰. Para isso, os instrumentos de monitoramento, a cada ano, são reformulados de acordo com a necessidade, que induz à incompletude dos dados⁷³.

Com base nas dificuldades observadas neste estudo, percebe-se que há uma incompreensão dos indicadores contemplados no questionário aplicado, assim como na busca do dado respectivo, exigindo habilidade na utilização de alguns sistemas de informação e, conseqüentemente, o domínio de conceitos básicos de informática. Estes fatos, na prática, impediram algumas equipes técnicas de avaliarem o seu desempenho.

A pontuação atribuída aos indicadores, por cada entrevistado, necessário para encerrar a investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória, é uma das atividades mais complexas, pois implica a utilização de base de dados do Sinan, o que requer acesso a computador, nem sempre disponível.

Essa realidade demonstra que, apesar dos avanços alcançados nas ações de VE e AB, ainda existe um descompasso entre a normatização, a efetiva utilização do conhecimento produzido mediante as ações/indicadores de VE e a definição de ações prioritárias que devem ser alvo das políticas de saúde. Isso foi também observado em outro estudo realizado em Pernambuco²¹, não constituindo, portanto, um achado isolado.

Os resultados deste estudo indicam que uma parte importante do monitoramento é o acompanhamento dos dados epidemiológicos dos problemas de saúde, considerados de

relevância epidemiológica na percepção dos profissionais da VE^{64,68,74,75}. Os problemas mais frequentemente citados (Tuberculose, Dengue) confirmam o perfil epidemiológico do município e apontam para a necessidade de intensificar as ações de controle destes agravos.

É fato que a normatização de condutas é importante para nortear as ações, e tem sido por meio dela que se tem avançado na resolução de muitos problemas na área da Vigilância à Saúde⁷⁴. Pode-se, desta forma, relacionar a função “Alcance de Metas” à função “Manutenção de Valores”, verificando-se que, neste estudo, foi dada importância a um indicador a ser avaliado “Existência de normas, regras e rotinas da SMS” na dimensão da cultura organizacional.

Nos resultados relativos às dimensões cultura organizacional e clima organizacional, na função “Manutenção de valores”, os gestores apresentaram melhores resultados, assim como o pior desempenho coube aos profissionais da UBS, retratando uma relação paternalista e de baixa motivação profissional para os atores que executam as ações. Outro ponto que vale ressaltar é que, em todas as categorias, o clima organizacional obteve maior pontuação, em oposição à cultura organizacional.

Pode-se dizer que cultura, neste estudo, foi o resultado da soma de padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos desenvolvidos na sociedade e no indivíduo, sendo a base sólida para o entendimento de cultura organizacional, conceituada como as “conclusões que um grupo tem a partir de suas experiências”^{68,72}. Schein⁷⁶ define a cultura organizacional uma a ação de compartilhamento e aprendizagem. Já Fleury⁷⁷, Santos⁷⁸, Freitas⁷⁸ e Hofstede⁸⁰ entendem a cultura

organizacional a partir dos elementos que a compõem. Neste estudo, os gestores e técnicos de VE e AB atribuíram baixa pontuação à colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas, em oposição aos profissionais que deram pontuação máxima.

Cuche⁸¹, Freitas⁷⁹ e Schein⁷⁶ identificam a importância da cultura organizacional no âmbito de negociações entre serviços, como processos de aquisições e contratações, reconhecem o choque de culturas e afirmam que se deve trabalhar a fim de que seja mantida a estabilidade do clima organizacional. Estes aspectos refletiram no indicador satisfação pessoal com o trabalho realizado, com pontuação máxima para os gestores, enquanto as demais categorias profissionais não pontuaram.

Uma reflexão que se faz necessária, ao tentar compreender a baixa pontuação na dimensão cultura organizacional, é que a atuação profissional faz parte da construção da identidade dos sujeitos, ou seja, é a maior fonte de identidade pessoal. As pessoas passam a maior parte de suas vidas no trabalho, o que requer uma relação harmônica, pois é esta relação que responderá pela satisfação ou insatisfação do trabalhador⁸². Chiavenato⁸³ revela que o trabalhador é quem define o perfil do serviço, e é ele que determina o significado do trabalho durante a sua execução.

Em que pesem a descentralização das ações de vigilância epidemiológica para o município e a responsabilidade e o compromisso de seu gestor, o qual obteve bom desempenho, observa-se diferenciais importantes quanto à adesão ao preconizado entre os diversos níveis organizacionais da vigilância epidemiológica no sistema municipal de saúde abordados nesta avaliação. Essa constatação aponta necessidades diferenciadas

para garantir o desenvolvimento de ações conforme as recomendações das instâncias gestoras do sistema nacional de saúde⁷⁷.

Reconhecer, nos trabalhadores da saúde, sujeitos portadores de necessidades, interesses e desejos próprios, e conceber modos democráticos de gestão em que estes fatores possam ser negociados, levando-se em conta, também, as necessidades, interesses e desejos dos usuários do SUS e dos governos, coproduzindo arranjos singulares, parece ser o caminho mais promissor para alcançar a qualidade e a eficiência, ampliando a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos envolvidos⁸⁴.

Sendo assim, este estudo pode contribuir para reflexão da gestão municipal, no sentido de avaliar o seu processo de trabalho e contribuir para a melhoria do serviço.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as funções adaptação, alcance das metas, produção e manutenção de valores no desenvolvimento das ações da VE no âmbito da AB. Nesta direção e a partir dos resultados identificados, pode-se considerar que:

- Frente ao modelo adotado, o estudo possibilitou classificar o desempenho da VE em Ibimirim/PE como Bom. Entre as funções avaliadas, a Adaptação e a Produção alcançaram melhores resultados (desempenho Bom); e as demais (Alcance de metas e Manutenção de valores) obtiveram classificação percentualmente mais próxima ao desempenho regular, a despeito de também ter se enquadrado como Bom.

- As ações da VE estão intimamente atreladas ao desempenho da AB, conforme foi observado na pontuação dos indicadores de acordo com as dimensões e suas respectivas funções elencadas; assim como nas diferenças dos resultados observados entre as categorias profissionais.

- As dimensões “capacidade de adquirir recursos”, “habilidade de mobilizar apoio externo” e “habilidade de inovação e aprendizagem”, apesar da boa pontuação nos seus indicadores, carecem de maior amplitude, dinamismo e integração das ações, a exemplo de realização de projetos de financiamento. O que aponta para necessidade de articulação dos diversos níveis de gestão do sistema de saúde, que apresentam um grau de desenvolvimento inadequado às suas necessidades (insuficiência de recursos humanos qualificados e equipamentos) e responsabilidades.

A avaliação de desempenho, objeto deste estudo, não é o único método a ser aplicado, ou seja, pode-se realizar uma pesquisa qualitativa, com resultados que se somem aos aqui encontrados.

Algumas limitações da metodologia e desta pesquisa podem ser apontadas a seguir:

- A imprecisão e a confusão inerente às medidas de desempenho, bem como a forma de compilação e distribuição dos dados para as tabelas de avaliação;
- Algumas questões relevantes sobre a avaliação de desempenho no setor público estão ainda por resolver, assim como a falta de um modelo único de avaliação;
- A busca dos melhores indicadores exige elevados esforços, o mesmo podendo ser dito sobre a utilização de sistemas de avaliação de desempenho. Assim, algumas avaliações podem não produzir os resultados desejados.
- Em síntese, alguns fatores podem contribuir para restringir uma avaliação de desempenho, como a elevada dificuldade em obter, medir e relacionar os achados com os objetivos do trabalho, o tempo necessário para o estudo in loco, a limitação dos recursos, dentre outros. Contudo, investigações realizadas nos últimos anos revelam uma maior sensibilidade e importância atribuída a esta temática.

Conclui-se apontando que a efetivação das ações da vigilância epidemiológica depende, dentre outros fatores, da articulação dos diversos atores envolvidos, fundamental para o desempenho do serviço.

8. RECOMENDAÇÕES

A avaliação do desempenho da VE em âmbito municipal, desenvolvida neste estudo, trouxe respostas científicas no que tange às dimensões e funções elencadas sob o ponto de vista dos atores abordados. Considera-se que o modelo utilizado no estudo não foi suficiente e adequado para a análise da VE em sua completitude, pois não foram analisados os equilíbrios. Chama-se a atenção, entretanto, para o fato de que houve avanços na direção de uma melhor compreensão do contexto estudado. Nesse sentido, algumas recomendações poderiam ser feitas para o aprimoramento da VE:

- Incentivo da SMS para a criação de estratégias para prevenir e controlar doenças e agravos (sala de situação, ações educativas, projetos), buscando o apoio de instituições de ensino e pesquisa como parceiros;
- Instituição de programas de educação permanente para técnicos e profissionais das UBS, parâmetro que alcançou boa pontuação;
- Estruturação com equipamentos (computadores com internet, telefone, entre outros) das ESF;
- Realização de avaliações mais aprofundadas que expliquem os resultados encontrados neste estudo, para subsidiar a motivação para repensar a política de descentralização da VE no espaço intramunicipal;
- Aperfeiçoamento dos instrumentos utilizados na VE, no sentido de captar mais fidedignamente as nuances de cada nível (gestão, coordenações da VE e AB, ESF);

- Elaboração de boletins epidemiológicos informativos para os profissionais da rede de saúde, com periodicidade definida.
- Efetivação de ações e elaboração de metas para aumentar o percentual e diagnóstico preciso de casos, redução de abandono de tratamento e prevenção de doenças evitáveis;
- Definição de atribuições dos níveis do sistema de VE municipal, de modo a evitar a sobreposição ou omissão de algumas atividades;
- Estabelecimento de uma política de valorização profissional, plano de cargos e carreiras, como forma de incentivo a fixação do profissional no município;
- Monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais no serviço de saúde, localizando os setores com dificuldades ou com maiores desafios, para avançar nas ações planejadas;
- Elaboração de um modelo teórico de obtenção dos dados primários, definindo previamente os objetivos a serem elencados, de modo a produzir informações epidemiológicas relevantes e de qualidade. A partir dessas definições, seguem-se a coleta, o processamento, a análise e a intervenção dos dados, tornando possível a avaliação da eficácia e da efetividade das medidas de controle, além de divulgação das informações obtidas. Neste processo, o controle de erros e inconstâncias, os registros negativos e a retroalimentação são fundamentais para manter a qualidade dos sistemas de informação.

Como instrumento de gestão, a análise dos indicadores pode apontar para as seguintes necessidades:

- Monitorar e avaliar os indicadores ampliando a discussão com outras áreas de interface, identificando os problemas e as propostas específicas para cada área.
- Direcionar os esforços dos serviços de saúde no processo de adequação cultural para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade, procurando desenvolver culturas positivas, focalizando valores e características que incentivem o desempenho profissional.
- Estabelecer um plano de gestão e um clima organizacional que levem em consideração critérios adequados para os trabalhadores de saúde, como desempenho, avaliação, desenvolvimento, integração, entre outros, o que influencia diretamente os resultados de uma organização e, conseqüentemente, o cumprimento de seus objetivos. O clima organizacional depende da colaboração de todos e de atenção constante dos gestores. Se ele é satisfatório, o serviço consegue gerar condições diferenciadas de uma inovação e integração das atividades, proporcionando agilidade e rapidez de resposta nos indicadores e metas.

Sugere-se, ainda como recomendação, a reaplicação do modelo e seu ajuste progressivo, incorporando inclusive outros conhecimentos acumulados na área da VE, além da crítica científica ao que está sendo realizado. Como argumento, o modelo proposto, quando aplicado, não pode aprisionar o pesquisador em categorias previamente definidas, sendo necessário e desejável trabalhar com algum grau de flexibilidade, de forma que não se percam as informações colhidas no trabalho de campo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DOU, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
3. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, MZ, Filho, NA. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-586.
4. Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde. Parte 1. Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília, DF; 2011. p. 10-17.
5. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 2004.
6. Campos ALV, Nascimento DR, Maranhão E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2003; 10 (2).
7. Brasil. Lei N° 9.782, de 26 de Janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. [acesso em: 14 junho 2012] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm
8. Brasil. Lei N° 9.961 de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. [acesso em: 14 junho 2012] Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm
9. Brasil. Lei Federal n.º 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. [acesso em: 4 junho 2012] Disponível em www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1975/6259.htm
10. Brasil. Decreto n.º 78.231 de 12 de agosto de 1976. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. [acesso em: 12 junho 2012] Disponível em www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1975/6259.htm

11. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998; VII (2) 7-28.
12. Barreto ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2002; 5 (1).
13. Brasil. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em: 4junh 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf
14. Brasil. Portaria n.º 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. [acesso em: 4 junh 2012] Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>
15. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13 (6): 1923-1932.
16. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro May/June 2009.
17. Waldman EA. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998
18. Drumond MJ. Epidemiologia nos municípios - muito além das normas. São Paulo: Hucitec; 2003.
19. Soares JCRS, Lima LCV. Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.130-156.
20. Pernambuco. Governo de Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização. PDR. SUS-PE. Incluindo adendo referente à criação da XI GERES, 2006. [acesso em: 24 mai 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_pe.pdf
21. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005; 5 (1).

22. Donabidian, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, 1980. (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 1).
23. Chiavenato I. *Gestão de Pessoas: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações*. Rio de Janeiro: Campus;1999
24. Pluye P, Potvin L, Denis J, Pelletier J, Mannoni, C. Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*. 2005; 28: 123–137.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
26. Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em Saúde: É Necessária uma Legislação de Emergência? *Revista de Direito Sanitário, São Paulo* v. 10, n. 2 p. 126-144 Jul./Out. 2009.
27. Felisberto E. *Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil no período de 2003 a 2008*. [Tese] Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
28. Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na Avaliação em Saúde. In: Samico, I, Felisberto, E, Figueiró, AC, Frias, PG. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.15-28.
29. Arreaza ALV, Moraes JC. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15 (5).
30. Carvalho EF, et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 5 (Supl 1): S53-S62, dez., 2005.
31. Santos EM, Reis AC, Cruz MM. Análise do desempenho do sistema de monitoramento do programa de controle de DST/Aids e hepatites virais (MONITORAids) como ferramenta de gestão: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. 2010; 10 (1): 173-185.
32. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.
33. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, *et al*. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9 (3): 711-724.

34. Siqueira W. Avaliação de Desempenho: Como Romper Amarras e Superar Modelos Ultrapassados. Rio de Janeiro: Richmann & Affonso Ed.;2002.
35. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. Avaliação – Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p. 61-74.
36. Sicotte C, Champanne F, et al. Um modelo conceitual para analisar o desempenho de organizações de saúde. Pesquisa sobre Gestão em Serviços de Saúde 11, 24-28, Centro de Gestão em Serviços de Saúde 1998.
37. Battesini, M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária : uma aplicação em nível municipal. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008
38. Parsons T. Orientações teóricas, In: O sistema das sociedades modernas. São Paulo: Pioneira, 1974.
39. Handler A, Issel M, Turnock B. A Conceptual Framework to Measure Performance of Public Health System. American Journal of Public Health. 91 (8):1235-1239, 2001.
40. Contandriopoulos AP, Trottier LH, Champagne F. Improving performance: a key for Quebec's health and social services centres. Infoletter, 5(2):2-6, 2008.
41. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2006; 11 (3): 669-681.
42. Champagne F, Contandriopoulos AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos, AP, Hartz, Z, Gerbier M, Nguyen A. Organizadores. Saúde e Cidadania: As experiências do Brasil e do Quebec. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.
43. Battesini M, Sperb A. A Vigilância contemporânea no Brasil: contribuições para uma discussão. Boletim de Saúde, 2007; 21(1).
44. Brasil. Portaria n.º 1.399 de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências [acesso em: 14 junh 2012] Disponível em http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13206
45. Brasil. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras

- providências. [acesso em: 14 junh 2012] Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>
46. Brasil. Instrução Normativa n.º 02, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. [acesso em: 14 junh 2012] Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2005/int0002_22_11_2005.
 47. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. [acesso em: 4 junh 2012] Disponível em portal.saude.pe.gov.br/wp.../2012/06/PES-2012-2015-FINAL.pdf.
 48. Brasil. Instrução Normativa n.º 01, de 19 de agosto de 2004. Regulamenta a Portaria GM/MS n.º 1.172/04, no que se refere às ações de gestão dos imunobiológicos providos pela Secretaria de Vigilância em Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para fins de controle de doenças imunopreveníveis. [acesso em: 4 junh 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_01_2004.pdf
 49. Brasil. Portaria n.º 20 de 03 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. [acesso em: 14 junh 2012] Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_20_03.pdf
 50. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Instrumento para medição do desempenho das funções essenciais em saúde pública. A saúde pública nas Américas. [acesso em 6 jun 2012].
 51. Pluye P, Potvin L, Denis J. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*. 2004; 27: 121–133.
 52. Hartz ZMA, et al. Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarreica e das infecções respiratórias agudas em dois centros de saúde. *Revista do Imip*, 9(2): 35-50, 1995.
 53. Kessner M, Kalk CE, Singer J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: White KL, editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 555-63. (Publicación Científica, 534)
 54. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4 (2), 341-353.

55. Costa EA, Fernandes TM, Pimenta TS. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976–1999). *Ciênc. saúde coletiva* vol.13 no.3 Rio de Janeiro May/June 2008.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Série Pactos pela Saúde. v. 13. Brasília, DF; 2010.
57. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality. The case of tracers. *New England Journal of Medicine*, 288(4): 189-193,1973.
58. Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em Saúde: É Necessária uma Legislação de Emergência? *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 10, n. 2 p. 126-144 Jul./Out. 2009.
59. Travassos CMR. Tracer studies – a discussion of the method and of its application to health care evaluation in Brazil. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1985.
60. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Projeto GERUS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde. 1995; 121-128.
61. Mascarenhas MDM, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2009, vol.18, n.1, pp. 17-28.
62. Tomasi E, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. Saúde coletiva*, Nov 2011, vol.16,nº.11,p.4395-4404.
63. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Pineault R.. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In:Hartz, ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
64. Minayo MCS O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo. Hucitec:2000.
65. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*; 1996 12 [Supl 2]: 95-8.

66. Noronha, J. C.; Penna, G. O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 4-9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares.
67. Vilasbôas, A. L. Q.; Teixeira, C. F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, ano VIII, n. 16, p. 63-67, 2007.
68. Unis, G. Papel Da Atenção Básica No Controle Da Tuberculose. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2012;2(3):120-121.
69. Villa TCS, Ruffino Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009; 35:610-2.
70. Donato JV. A influência da cultura organizacional no planejamento estratégico. *Políticas Públicas e Sociedade*, Ceará, v. 1, p. 54-37, 2001. LUZ, R. *Gestão do clima Organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.
71. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 13:1923-32.
72. Cerqueira EM, Assis MMA, Villa TCS, Leite JA. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde de Feira de Santana - BA. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12:213-23.
73. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 1996; 12 Suppl 2:95-8.
74. Nunes, AFC et al. Avaliação do monitoramento das ações descentralizadas de vigilância epidemiológica no estado da Bahia em 2006. *Revista Baiana de Saúde Pública*.v.34, n.3, p.590-601 jul./set. 2010
75. Costa EA. Políticas de Vigilância Sanitária: balanço e perspectivas. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Cadernos de Textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001. p. 37-52.
76. Figueiró AC, et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008 *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(12):2373-2385, dez, 2011.
77. Schein EH. *Guia de sobrevivência da cultura corporativa*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2007.

78. Fleury MTL. O desvendar a cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: FLEURY, Maria Tereza Leme; FISCHER, Rosa Maria (Org.) Cultura e poder nas organizações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
79. Santos NMF. Cultura organizacional e desempenho: pesquisa, teoria e aplicação. Lorena: Lorena, 2000.
80. Freitas ME. Cultura organizacional: evolução e crítica. São Paulo: Thomson Learning, 2007.
81. Hofstede GH. Culturas e organizações: compreender a nossa programação mental. Lisboa: Edições Sílabo; 1991.
82. Cucho D. A noção de cultura nas ciências sociais. 2. ed. Bauru: Edusc, 2002.
83. Hofstede, GH. Culturas e Organizações: compreender a nossa programação mental. Lisboa:Edições Silabo, 2003
84. Chiavenato I. Administração nos novos tempos. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
85. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – Diretrizes, Cad. Abem, volume 3, 2007.
86. Noronha JC, Penna GO. Saúde da Família e Vigilância em Saúde:em busca da integração das práticas. Revista Brasileira Saúde da Família; Brasília, ano VIII, nº16, p. 4-9,2007.
87. Paim JS, Texeira MGLC. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Sistema Único de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 5: 27-57, 1992.
88. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/ Rio de Janeiro: Edufba/Fiocruz; 2005. p. 41-64.
89. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. Saúde debate [online]. 2013, vol.37, n.98, pp. 416-426.

10. APÊNDICES

APÊNDICE A

Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica Municipal

RECURSOS	COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
Profissionais qualificados; Insumos (fichas de notificação e investigação, material educativo, softwares); Equipamentos (computador ,impressora, tinta); veículos	Fortalecimento do processo de trabalho	Capacitação dos técnicos da VE para o desenvolvimento das ações de VE na gestão	Técnicos da VE capacitados para o desenvolvimento das ações de VE na gestão	Melhoria da capacidade técnica dos profissionais da VE	Aumento do conhecimento, detecção, prevenção e controle das doenças e agravos
		Capacitação dos profissionais da AB para o desenvolvimento das ações de VE no território	Profissionais da AB capacitados para desenvolver ações de VE no território	Qualificação das ações de VE realizadas pela AB	
		Estabelecimento de parcerias com organismos não-governamentais e instituições formadoras nas ações de VE;	Parcerias estabelecidas	Ampliação das possibilidades de atuação da VE	
		Definição dos fluxos de atividades realizadas pela VE e AB e da informação	Fluxos definidos	Aumento da resolutividade das ações de VE	
		Definição dos papéis e responsabilidades de todos os membros da VE e AB	Papéis e responsabilidades definidos	Garantia das condições necessárias para o adequado desenvolvimento das ações de VE na AB	
		Apoio técnico e estrutural do nível central às ESF no desenvolvimento das ações de VE	ESF apoiadas técnica e estruturalmente pelo nível central		
	Notificação, investigação e processamentos dos dados	Notificação dos casos de TB, Hansen, dengue, violência doméstica e sexual, Aids, da área adscrita, garantindo a confidencialidade e integridade dos dados notificados	Casos notificados	Aumento do conhecimento sobre a situação de saúde do território e do município	
		Busca ativa de casos novos de TB, dengue, violência doméstica e sexual na área adscrita	Casos novos identificados de TB, dengue, violência doméstica e sexual, na área adscrita	Aumento do número de casos de dengue, TB violência doméstica e sexual diagnosticados precocemente	
		Busca ativa de comunicantes de TB	Busca ativa de comunicantes de TB realizada		
		Busca de faltosos ao tratamento de TB	Faltosos ao tratamento de TB	Redução do número de casos	

			captados para continuar o tratamento	novos de dengue	
		Investigação dos óbitos infantis, óbitos maternos e dos casos de dengue	Investigação dos óbitos infantis, óbitos materno realizada rotineiramente	Redução do percentual de abandono do tratamento pelos pacientes de TB	
		Consolidação dos dados das notificações e investigações, nascimentos e óbitos nos Sistemas de Informações (SINAN, SIM, SINASC)	Dados dos Sistemas de Informações consolidados;	Aumento do percentual de cura dos casos novos de TB diagnosticados	
		Complementação dos campos em aberto da DN, DO e fichas de notificação/investigação	Campos complementados em tempo oportuno	Aumento do percentual de comunicantes de Tb diagnosticados	
		Envio do banco de dados do SIM, SINAN e SINASC para a Geres	Banco de dados dos sistemas de informação enviados, de acordo com os prazos estabelecidos pela SES	Melhoria da qualidade da informação	
	Análise e disseminação da informação	Análise da situação de saúde da população (nascimentos, morbidade, mortalidade), com base nos dados contidos nos SIS	Situação de saúde da população analisada com base nos dados contidos no SIS	Aumento do conhecimento do profissional sobre a situação de saúde do território e do município	
		Cruzamento do banco de dados do SIM e do SIAB, para a análise da cobertura dos dois sistemas	Cruzamento dos óbitos existentes nos bancos de dados do SIM e SIAB realizado	Aumento do empoderamento da população para apoiar a prevenção e controle dos agravos	
		Divulgação das ações da VE e da situação da saúde para a população, por meio de cartazes informativos e veículos de comunicação.	Ações da VE e situação de saúde divulgadas para a população	Decisões tomadas com base no perfil epidemiológico do município	
		Elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos periódicos para os profissionais de saúde	Boletins Epidemiológicos elaborados e divulgados para os profissionais de saúde	Melhoria da qualidade da informação	
		Apresentação das ações desenvolvidas pela VE nos espaços de comunicação do controle social	Ações de VE apresentadas nos espaços de controle social		
		Realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos	Reuniões realizadas na periodicidade estabelecida pelos grupos		
	Medidas de promoção,	Envolvimento da comunidade nas ações de campo de prevenção e controle da dengue (mutirão de limpeza)	Comunidade envolvida nas ações de campo de prevenção e	Aumento do empoderamento da população para apoiar a	

	prevenção e controle		controle da dengue	prevenção e controle dos agravos Redução do percentual de formas graves de dengue Redução de casos novos de TB, violência doméstica e sexual
		Realização de campanhas para diagnóstico precoce e tratamento da TB	Campanha para diagnóstico precoce e tratamento da TB realizada	
		Realização de vacinação da BCG e quimioprofilaxia nos casos e contatos de TB que tenham indicação.	BCG e quimioprofilaxia realizadas nos casos e contatos de TB que tenham indicação	
		Realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual.	Palestras educativas realizadas na comunidade, abordando formas de prevenção da violência doméstica e sexual	
		Realização de atividades educativas abordando a prevenção e controle de doenças preveníveis.	Atividades educativas realizadas	
		Realização de atividades educativas na sala de espera nas USF, abordando temas de VE;	Atividades educativas realizadas na sala de espera das USF, abordando temas de VE	
	Monitoramento e avaliação	Construção de um painel de monitoramento, a partir da pactuação de indicadores de VE e metas, com a AB	Painel construído juntamente com a AB	Melhoria da qualidade do Sistema de VE, a partir do redirecionamento ou manutenção das ações Decisões tomadas com base no perfil epidemiológico do município
		Monitoramento integrado do painel de indicadores (VE e AB)	Indicadores com monitoramento integrado(VE e AB)	
		Avaliação das ações realizadas, a partir do processo de monitoramento	Realizado as ações de avaliação do processo de monitoramento;	

APÊNDICE B - Matriz de Análise e Julgamento da Vigilância Epidemiológica Municipal

Matriz de Análise e Julgamento da Vigilância Epidemiológica Municipal da categoria profissional Gestor

FUNÇÃO	DIMENSÃO	CRITÉRIO/INDICADOR	PARÂMETRO	Pontuação Esperada	Pontuação obtida
ADAPTAÇÃO	Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	No. de profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) contratados para as ESF, nos 4 anos desta gestão	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 ACD e > = 6 ACS por ESF	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	10
		No. de técnicos e gestores (vigilância e AB) contratados para o nível central, nos 4 anos desta gestão.	1 coordenador de AB, 1 coordenador de VE, 1 técnico de VE, e 1 técnico de AB.	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	1 0
		No. de equipamentos adquiridos (computadores com e sem internet, impressoras, fax, telefones), nos 4 anos desta gestão	.5 computadores com internet, 1 impressora, 1 telefone, 1 fax	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	8
		Recurso financeiro adquirido por meio de convênio ou similar, além do piso repassado pelo MS, nos 4 anos desta gestão	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
	Habilidade de mobilizar apoio externo	Ações realizadas em parceria com ONG	Parcerias realizadas com ONG (1 parceria)	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Ações integradas com outros setores governamentais (Sec. de Habitação, Sec. das cidades, Sec. de Defesa Social)	Pelo menos 3 tipos de ações integradas com outros setores	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Parcerias firmadas com instituições de ensino e pesquisa	Pareceria firmada com pelo menos 1 instituição de	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-	1 0

			ensino/pesquisa	20%=4/ <19,9%=0	
		Mutirões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade.	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
	Habilidade de inovação e aprendizado	Nº e tipos de atividades de educação permanente (EP) realizadas na rotina do serviço (discussão de casos nas reuniões das ESF, encontros com especialistas no serviço)	Pelo menos 1 tipo de atividade de EP realizada na rotina das ESF	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos)	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
PRODUÇÃO	Qualidade técnica do serviço prestado	% de casos novos de TB, dengue, violências, DDA , identificados por busca ativa	100% dos casos novos de TB, Hansen, dengue, violência, DDA e AIDS, que não chegaram à ESF, identificados por busca ativa	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		% de comunicantes de TB identificados por busca ativa	100%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	8
		% de faltosos ao tratamento de TB captados pela ESF, busca ativa	100% dos faltosos ao tratamento de TB e Hansen captados para continuar o tratamento	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	4
		% de óbitos infantis; óbitos maternos; e	80% dos óbitos	100- 80% = 10;	4

		, Tb e dengue investigados	infantis, óbitos maternos e casos de Aids realizadas	79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	
		% de fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no SINAN, SIM e SINASC	100% das fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no SINAN, SIM e SINASC	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Complementação dos campos em aberto das DN, DO e fichas de notificação/investigação	100% Campos complementados em tempo oportuno	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Percentual de envio do banco de dados do SIM,SINAN e SINASC para a Geres	100% de dados dos sistemas de informação enviados para a Geres, semanalmente	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	8
		Análise da situação de saúde da população semestralmente	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Cruzamento semestral do banco de dados do SIM e do SIAB	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos semestral.	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Apresentação das ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social semestralmente.	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		No. de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB	1 Campanha/ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Percentual dos casos e contatos de TB e que tenham indicação de BCG e quimioprofilaxia realizadas	100% dos casos e dos contatos	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-	1 0

				20%=4/ <19,9%=0	
		Atividades educativas realizadas na ESF abordando a prevenção e controle de doenças preveníveis	1 vez/mês	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
ALCANCE DE METAS	Efetividade das ações	% de casos diagnosticados precocemente de: dengue, TB, violências, DDA nos últimos 4 anos	100%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	0
		% de casos notificados no SINAN de violência doméstica, sexual e outras violências, nos últimos 4 anos	5% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	4
		% de taxa de incidência de MI em menores de 5 anos	0 casos	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	4
MANUTENÇÃO DE VALORES	Cultura organizacional	Existência de normas, regras e rotinas da SMS	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Valorização da hierarquia	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Existência de uma relação paternalista (gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes)	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Estabilidade organizacional (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Criação de uma identidade institucional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Continuidade da gestão	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Interferência política externa à organização	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Existência de uma política de valorização e fixação profissional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Existência de processos de monitoramento e avaliação das ações	1 vez ao ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59;	4

				59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	
	Clima organizacional	Satisfação pessoal com o trabalho realizado	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas	Existência de um fluxograma	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		Relação com os pares	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Relação com o chefe	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Autonomia e suporte para realização de atividades	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Motivação profissional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0

Matriz de Análise e Julgamento da Vigilância Epidemiológica Municipal da categoria profissional Técnico de VE e AB

FUNÇÃO	DIMENSÃO	CRITÉRIO/INDICADOR	PARÂMETRO	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida
ADAPTAÇÃO	Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	No. de técnicos e gestores (vigilância e AB) contratados para o nível central, nos 4 anos desta gestão.	1 coordenador de AB, 1 coordenador de VE, 1 técnico de VE, e 1 técnico de AB.	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	1 0
		No. de equipamentos adquiridos (computadores com e sem internet, impressoras, fax, telefones), nos 4 anos desta gestão	5 computadores com internet, 1 impressora, 1 telefone, 1 fax	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	1 0
	Habilidade de mobilizar apoio externo	Ações realizadas em parceria com ONG	Parcerias realizadas com ONG (1 parceria)	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Ações integradas com outros setores governamentais (Sec. de Habitação, Sec. das cidades, Sec. de Defesa Social)	Pelo menos 3 tipos de ações integradas com outros setores	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Parcerias firmadas com instituições de ensino e pesquisa	Parceria firmada com pelo menos 1 instituição de ensino/pesquisa	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	0
		% dos mutirões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade.	Comunidade envolvida em 100% dos mutirões de limpeza	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		Realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual	1 palestra por Equipe de Saúde da Família por semestre	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
			Pelo menos 1 tipo de atividade de EP	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59;	4

	Habilidade de inovação e aprendizado	Nº e tipos de atividades de educação permanente (EP) realizadas na rotina do serviço (discussão de casos nas reuniões das ESF, encontros com especialistas no serviço)	realizada na rotina das ESF	59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	
		Estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos)	Pelo menos 1 tipo de estratégia criada	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	0
PRODUÇÃO	Qualidade técnica do serviço prestado	% de comunicantes de TB identificados por busca ativa	100%	10	4
		% de faltosos ao tratamento de TB e captados pela ESF, busca ativa	100% dos faltosos ao tratamento de TB e Hansen captados para continuar o tratamento	10	6
		% de óbitos infantis; óbitos maternos; e casos de Tb e dengue investigados	80% dos óbitos infantis, óbitos maternos e casos de Aids realizadas	10	1 0
		% de fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no SINAN, SIM e SINASC	100% das fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no SINAN, SIM e SINASC	10	6
		Complementação dos campos em aberto das DN, DO e fichas de notificação/investigação	100% Campos complementados em tempo oportuno	90	8
		Percentual de envio do banco de dados do SIM, SINAN e SINASC para a Geres	100% de dados dos sistemas de informação enviados para a Geres, semanalmente	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		Análise da situação de saúde da população semestralmente	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0

		Cruzamento semestral do banco de dados do SIM e do SIAB	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos semestral.	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Apresentação das ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social semestralmente.	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		No. de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB	1 Campanha/ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	4
		Percentual dos casos e contatos de TB e Hansen que tenham indicação de BCG e quimioprofilaxia realizadas	100% dos casos e dos contatos	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	8
		Atividades educativas realizadas na ESF abordando a prevenção e controle de doenças preveníveis	1 vez/mês	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		% de casos diagnosticados precocemente de: dengue, TB, Hansen, violências, DDA e Aids, nos últimos 4 anos	100%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		% de redução do número de casos novos de dengue, nos últimos 4 anos	Redução de 2% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	4
		% de redução de formas graves de dengue, nos últimos 4 anos	Redução de 1% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	8
		% de redução do abandono do tratamento pelos pacientes de TB, nos últimos 4 anos	5%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59;	6

				59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	
		% do aumento de cura dos casos novos de TB, nos últimos 4 anos	10% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	8
		% de aumento dos comunicantes de TB e diagnosticados, nos últimos 4 anos	10% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		% de aumento de cobertura do SIM, nos últimos 4 anos	90%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	4
		% de aumento de cobertura do SINASC, nos últimos 4 anos	90%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	4
		% de casos notificados no SINAN de violência doméstica, sexual e outras violências, nos últimos 4 anos	5% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		% de taxa de incidência de MI em menores de 5 anos	0 casos	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	4
MANUTENÇÃO DE VALORES	Cultura organizacional	Existência de normas, regras e rotinas da SMS	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Valorização da hierarquia	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Existência de uma relação paternalista (gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes)	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Estabilidade organizacional (resistência a	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0

		mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)			
		Criação de uma identidade institucional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Continuidade da gestão	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Interferência política externa à organização	-	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Existência de uma política de valorização e fixação profissional	Sim ou não	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	0
		Existência de processos de monitoramento e avaliação das ações	1 vez ao ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	4
	Clima organizacional	Satisfação pessoal com o trabalho realizado	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas	Existência de um fluxograma	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		Relação com os pares	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Relação com o chefe	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Autonomia e suporte para realização de atividades	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Motivação profissional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0

Matriz de Análise e Julgamento da Vigilância Epidemiológica Municipal da categoria profissional Profissionais da UBS

FUNÇÃO	DIMENSÃO	CRITÉRIO/INDICADOR	PARÂMETRO	Pontuação Esperada	Pontuação obtida
ADAPTAÇÃO	Capacidade de adquirir recursos (materiais, humanos, financeiros)	No. de profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) contratados para as ESF, nos 4 anos desta gestão	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 ACD e > = 6 ACS por ESF	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	8
		No. de equipamentos adquiridos (computadores com e sem internet, impressoras, fax, telefones), nos 4 anos desta gestão	.5 computadores com internet, 1 impressora, 1 telefone, 1 fax	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	0
		Recurso financeiro adquirido por meio de convênio ou similar, além do piso repassado pelo MS, nos 4 anos desta gestão	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
	Habilidade de mobilizar apoio externo	Ações realizadas em parceria com ONG	Parcerias realizadas com ONG (1 parceria)	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		Ações integradas com outros setores governamentais (Sec. de Habitação, Sec. das cidades, Sec. de Defesa Social)	Pelo menos 3 tipos de ações integradas com outros setores	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	8
		% dos mutirões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade.	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Habilidade de inovação e aprendizado	Nº e tipos de atividades de educação permanente (EP)realizadas na rotina do	Pelo menos 1 tipo de atividade de EP	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0

		serviço (discussão de casos nas reuniões das ESF, encontros com especialistas no serviço)	realizada na rotina das ESF	59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	
		Estratégias inovadoras criadas pela SMS para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos)	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
PRODUÇÃO	Qualidade técnica do serviço prestado	% de comunicantes de TB identificados por busca ativa	100%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		% de faltosos ao tratamento de TB captados pela ESF, busca ativa	100% dos faltosos ao tratamento de TB e Hansen captados para continuar o tratamento	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		% de óbitos infantis; óbitos maternos; e casos de Tb e dengue investigados	80% dos óbitos infantis, óbitos maternos e casos de Aids realizadas	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/<19,9%=0	8
		Complementação dos campos em aberto das DN, DO e fichas de notificação/investigação	100% Campos complementados em tempo oportuno	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	6
		Análise da situação de saúde da população semestralmente	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Realização de reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		No. de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB	1 Campanha/ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	1 0

		Atividades educativas realizadas na ESF abordando a prevenção e controle de doenças preveníveis	1 vez/mês	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	8
ALCANCE DOS OBJETIVOS	Efetividade das ações	% de casos diagnosticados precocemente de: dengue, TB, violências, DDA, nos últimos 4 anos	100%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		% de redução do número de casos novos de dengue, nos últimos 4 anos	Redução de 2% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		% de redução de formas graves de dengue, nos últimos 4 anos	Redução de 1% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9- 40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	8
		% de redução do abandono do tratamento pelos pacientes de TB, nos últimos 4 anos	5%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	8
		% do aumento de cura dos casos novos de TB, nos últimos 4 anos	10% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	8
		% de aumento dos comunicantes de TB e diagnosticados, nos últimos 4 anos	10% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/<19,9%= 0	8
		% de aumento de cobertura do SIM, nos últimos 4 anos	90%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6

		% de aumento de cobertura do SINASC, nos últimos 4 anos	90%	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	6
		% de casos notificados no SINAN de violência doméstica, sexual e outras violências, nos últimos 4 anos	5% a cada ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	8
		% de taxa de incidência de MI em menores de 5 anos	0 casos	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	4
MANUTENÇÃO DE VALORES	Cultura organizacional	Existência de normas, regras e rotinas da SMS	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Valorização da hierarquia	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Existência de uma relação paternalista (gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes)	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Estabilidade organizacional (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Criação de uma identidade institucional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Continuidade da gestão	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Interferência política externa à organização	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Existência de uma política de valorização e fixação profissional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Existência de processos de monitoramento e avaliação das ações	1 vez ao ano	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59,9- 40%=6; 39-20%=4/ <19,9%=0	0

	Clima organizacional	Satisfação pessoal com o trabalho realizado	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Colaboração e responsabilidade na divisão de tarefas	Existência de um fluxograma	100- 80% = 10; 79,9-60%=8; 59; 59,9-40%=6; 39- 20%=4/ <19,9%=0	1 0
		Relação com os pares	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Relação com o chefe	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0
		Autonomia e suporte para realização de atividades	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	0
		Motivação profissional	Sim ou não	Sim = 10; Não=0	1 0

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: Avaliação de Desempenho da Vigilância Epidemiológica

Municipal: um olhar na Atenção Básica

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

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é: Avaliar o desempenho da Vigilância Epidemiológica Municipal, com foco na Atenção Básica Municipal.

Para desenvolver essa pesquisa, serão realizadas análises de documentos e entrevistas gravadas sobre a vigilância epidemiológica municipal, como as ações são desenvolvidas na gestão e na Atenção Básica à Saúde. Os registros de áudio (obtidos na gravação das entrevistas) serão destruídos após a análise dos dados e utilização das informações nesta pesquisa.

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

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.

3. A segurança de que não será identificado(a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.

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

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

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

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

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Pesquisador responsável: Juciany Medeiros Araújo

E-mail: Juciany_medeiros@msn.com

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

APÊNDICE D



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
 DIRETORIA DE ENSINO
 PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
 MESTRADO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL: UM OLHAR
 SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
 INSTRUMENTO 1 – GESTORES**

Identificação do Entrevistado
1. Nome:
2. Maior titulação (concluída) a. () especialização b. () mestrado profissional c. () mestrado acadêmico f. () doutorado g. () Pós-doutorado
3. Tempo que trabalha na SMS (em meses):
4. Função na SMS Ibimirim:
5. Local de trabalho na SMS Ibimirim:
6. Profissional efetivo no quadro da SMS Ibimirim? a. () sim b. () não

Capacidade de adquirir recursos
7. O número de equipamentos utilizados diariamente é suficiente? a. Transporte () sim () não b. Computador () sim () não c. Outros _____ () sim () não
8. Qual o número de profissionais contratados para a VE, nos últimos 4 anos da atual gestão? a. Coordenador _____ b. Técnico _____ c. Técnico de informática _____ d. outros _____
8. Qual o número de profissionais contratados para as ESF, nos últimos 4 anos da atual gestão? a. Médico _____ b. Enfermeiro _____ c. Técnico de Enfermagem _____ d. ACS _____
9. O recurso financeiro da Secretaria Municipal de Saúde tem origem de qual meios? a. projetos federais () sim () não b. fundo municipal () sim () não c. doações () sim () não d. projetos estaduais () sim () não e. programas () sim () não f. outros _____ () sim () não

Habilidade de mobilizar apoio externo
9. Foram realizadas ações de VE em parceria com ONG nos últimos 4 anos? a. () sim b. () não
9.1 Se sim, comente como ocorreu esse processo?
9.2 Se não, justifique.
10. Ocorreu alguma ação integrada da VE com outro setor governamental nos últimos 4 anos? Quais? (se julgar necessário, marque mais de uma alternativa) (obs:esperar espontaneamente a resposta) a. () Secretaria de Habitação b. () Secretaria de Defesa Social c. () Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente d. () Secretaria de Educação e Esporte e. () Não ocorreu
11. Existe alguma parceria firmada com instituições de ensino e pesquisa? a. () sim b. () não
11.1 Se sim, como esta parceria foi formalizada? () convênio b. () contrato c. () termo de cooperação técnica d. () outros:.....
11.2 Se sim, qual a sua opinião sobre parcerias com instituições de ensino e pesquisa?
12. Houve multirões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade nestes últimos 4 anos? a. () sim _____ b. () não
13. As ESF realizam de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual? a. () sim Com qual frequência? b. () não
13.1 Se sim, quantas palestras?
13.2 Seria interessante a realização de palestras relativas a outros temas? Outros agravos? a. () sim _____ b. () não
14. São realizadas atividades de educação permanente (EP) na rotina do serviço? a. discussão de casos nas reuniões das ESF() b. discussão de casos nas reuniões das VE() c. encontros com especialistas no serviço() d. Não são realizadas. () e. outros _____
15. A SMS de Ibimirim traçou alguma estratégia inovadora para prevenir e controlar doenças e agravos (campanhas, ações educativas, projetos)? a. () sim b. () não
Qualidade técnica do serviço prestado

15. O número de profissionais existentes nas ESF é suficiente para executar as ações de VE? a. () sim b. () não
16. Quantos casos de TB, dengue, violências, DDA são notificados por mês? a. Tuberculose _____ b. Dengue _____ c. Violência _____ e. não sabe _____
17. Qual o número investigados no último mês: a. Óbitos infantis _____ b. Casos de Aids _____ c. Dengue _____ d. Tuberculose _____
18. O banco de dados do SIM, SINAN e SINASC são enviados para a Geres? a. () sim b. () não
19. A VE realiza a análise da situação de saúde da população semestralmente? a. () sim b. () não.
20. A VE cruza semestralmente o banco de dados do SIM e do SIAB? a. () sim b. () não.
21. A SMS divulga as ações da VE e a situação da saúde para a população? a. () sim b. () não.
22. A VE elabora e divulga boletins epidemiológicos semestrais? a. () sim b. () não.
23. A SMS apresenta as ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social semestralmente? a. () sim b. () não.
23. A VE realiza reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos? a. () sim b. () não. Justifique
Efetividade das ações
24. A ESF realiza atividades educativas abordando a prevenção? a. () sim b. () não. Justifique
25. Quantos casos foram notificados no SINAN nos últimos 4 anos de: a. violência doméstica _____ b. sexual _____ c. outras violências _____ Justifique
26. Qual a taxa de incidência de Morte infantil em menores de 5 anos anualmente? _____
Cultura organizacional
27. A SMS possui documentos oficiais disponíveis para seus funcionários: a. Protocolos de atendimento () sim () não. Justifique b. Portarias e leis () sim () não. Justifique c. Normas de funcionamento e rotinas () sim () não. Justifique
28. Há uma valorização da hierarquia? a. Os profissionais tem acesso as coordenações para o planejamento e resolução? () sim b. () não. Justifique _____ b. Quais são os meios de comunicação entre os profissionais e coordenações? () sim b. () não. Justifique _____ c. Disponibilidade de horários do coordenadores para a equipe de profissionais? () sim b. () não.

<p>Justifique _____</p> <p>d. Tem reunião de colegiado, qual a frequência? a. () sim b. () não.</p> <p>Justifique _____</p>
<p>29. Como foram selecionados os profissionais de saúde que atuam na Secretaria de Saúde do município?</p> <p>a. seleção por currículo () sim () não</p> <p>b. indicação() sim () não</p> <p>c. concurso público() sim () não</p> <p>d. outros</p>
<p>30. Como foram selecionados os coordenadores?</p> <p>a. seleção por currículo () sim () não</p> <p>b. indicação() sim () não</p> <p>c. outros</p>
<p>31. Existência de uma relação paternalista na VE e AB? a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>32. Você identifica uma estabilidade organizacional? (Resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)</p>
<p>33. A SMS possui alguma atividade de incentivo ao profissional que atua em sua instituição?</p> <p>a. () Incentivo financeiro</p> <p>b. () Plano de cargos e carreias</p> <p>c. () Plano de saúde</p> <p>d. () Passagem</p> <p>e. () Refeição</p> <p>f. () não. Justifique _____</p>
<p>34. A SMS possui alguma política de continuidade de gestão?</p> <p>a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>35. Você identifica alguma interferência política externa à organização?</p> <p>a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>36. Há uma política de valorização e fixação profissional?</p> <p>a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>37. A SMS possui algum material de monitoramento e avaliação das ações dos profissionais?</p> <p>a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>Clima organizacional</p>
<p>38. Qual a sua satisfação pessoal com o trabalho realizado?</p> <p>a.()bom b.()médio c.()ruim</p> <p>Justifique</p>
<p>39. Você se considera um colaborador nas responsabilidades de divisão de tarefas?</p> <p>a. () sim b. () não</p> <p>Justifique.</p>
<p>40. Qual a sua relação com os seus colegas de trabalho?</p> <p>a.()bom b.()médio c.()ruim</p> <p>Justifique.</p>
<p>41 Se for chefe(coordenador), qual sua relação com sua equipe?</p> <p>a.()bom b.()médio c.()ruim</p> <p>Justifique.</p>
<p>42. No seu processo de trabalho, possui autonomia e suporte para realização de atividades?</p> <p>a. () sim b. () não</p> <p>Justifique.</p>
<p>43. Qual o nível de Motivação profissional que você possui?</p> <p>a.()alto b.()moderado c.()baixo Justifique-----</p>



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
 DIRETORIA DE ENSINO
 PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
 MESTRADO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

AValiação de desempenho da vigilância epidemiológica municipal: um olhar sobre a atenção básica à saúde
INSTRUMENTO 2 – TÉCNICOS DE VE E AB

Identificação do Entrevistado
1. Nome:
2. Maior titulação (concluída) a. () especialização b. () mestrado profissional c. () mestrado acadêmico f. () doutorado g. () Pós-doutorado
3. Tempo que trabalha na SMS (em meses):
4. Função na SMS Ibimirim:
5. Local de trabalho na SMS Ibimirim:
6. Profissional efetivo no quadro da SMS Ibimirim? a. () sim b. () não

Habilidade de mobilizar apoio externo
7. Foram realizadas ações de VE em parceria com ONG nos últimos 4 anos? a. () sim b. () não
7.1 Se sim, comente como ocorreu esse processo?
7.2 Se não, justifique.
8. Ocorreram algumas ações integradas com outros setores governamentais? Quais? (se julgar necessário, marque mais de uma alternativa) (obs:esperar espontaneamente a resposta) a. () Secretaria de Habitação b. () Secretaria de Defesa Social c. () Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente d. () Secretaria de Educação e Esporte

9. Houve multirrões de limpeza realizados com o envolvimento da comunidade nestes últimos 4 anos? a. () sim _____ b. () não
9.1 Se sim, quantas palestras?
10. Houve realização de palestras educativas na comunidade (escola, igrejas, associações, praças) abordando as formas de prevenção e rede de apoio à violência doméstica e sexual? a. () sim b. () não
11. São realizadas atividades de educação permanente (EP) na rotina do serviço? a. discussão de casos nas reuniões das ESF() b. encontros com especialistas no serviço() c. outros _____
11.1 Qual o número de atividades de educação permanente (EP) realizadas na rotina do serviço? _____
Qualidade técnica do serviço prestado
12. Os números de profissionais são suficientes para executar as ações de VE? a. () sim b. () não
13. Os comunicantes de TB são identificados por busca ativa? a. () sim b. () não. Justifique
14. Qual o número de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB ? _____ Justifique.
15. A ESF realiza atividades educativas abordando a prevenção? a. () sim b. () não. Justifique
Efetividade das ações
16. Quantos casos foram notificados no SINAN nos últimos 4 anos de: a. violência doméstica _____ b. sexual _____ c. outras violências _____ Justifique
17. Qual a taxa de incidência de morte infantil em menores de 5 anos anualmente? _____
Cultura organizacional
18. A SMS possui documento oficiais ou não para seus funcionários de: a. normas () sim () não. Justifique b. regras () sim () não. Justifique c. rotinas dos funcionários () sim () não. Justifique
19. Há uma valorização da hierarquia? a. () sim b. () não. Justifique
20. Existência de uma relação paternalista na VE e AB? (esta gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes) a. () sim b. () não. Justifique
21. Você identifica uma estabilidade organizacional? (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)
22. A SMS possui alguma atividade de incentivo ao profissional que atua em sua instituição? a. () sim b. () não. Justifique
23. A SMS possui alguma política de continuidade de gestão? a. () sim b. () não. Justifique
24. Você identifica alguma interferência política externa à organização? a. () sim b. () não. Justifique

25. Há uma política de valorização e fixação profissional? a. () sim b. () não. Justifique
26. A SMS possui algum material de monitoramento e avaliação das ações dos profissionais? a. () sim b. () não. Justifique
Clima organizacional
27. Qual a sua satisfação pessoal com o trabalho realizado? a.()bom b.()médio c.()ruim Justifique
28. Você se considera um colaborador nas responsabilidades de divisão de tarefas? a. () sim b. () não Justifique.
29. Qual a sua relação com os seus colegas de trabalho? a.()bom b.()médio c.()ruim Justifique.
30. Qual a sua relação com o seu chefe(coordenador)? a.()bom b.()médio c.()ruim Justifique. 30.1 Se for chefe(coordenador), qual sua relação com sua equipe?
31. No seu processo de trabalho, possui autonomia e suporte para realização de atividades? a. () sim b. () não Justifique.
32. Qual o nível de Motivação profissional que você possui? a.()bom b.()médio c.()ruim Justifique.



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
DIRETORIA DE ENSINO
PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL: UM OLHAR
SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
INSTRUMENTO 3 –PROFISSIONAIS DAS UBS**

Identificação do Entrevistado
1. Nome:
2. Maior titulação (concluída) a. () especialização b. () mestrado profissional c. () mestrado acadêmico f. () doutorado g. () Pós-doutorado
3. Tempo que trabalha na SMS(em meses):
4. Função na SMS Ibimirim:
5. Local de trabalho na SMS Ibimirim:
6. Profissional efetivo no quadro da SMS Ibimirim? a. () sim b. () não

Habilidade de mobilizar apoio externo
7. Foram realizadas ações de VE em parceria com ONG nos últimos 4 anos? a. () sim b. () não
8.1 Se sim, comente como ocorreu esse processo?
8.2 Se não, justifique.
9. Ocorreram algumas ações integradas com outros setores governamentais? Quais? (se julgar necessário, marque mais de uma alternativa) (obs:esperar espontaneamente a resposta) e. () Secretaria de Habitação f. () Secretaria de Defesa Social g. () Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente h. () Secretaria de Educação e Esporte

<p>19. Qual o número de faltosos aos tratamentos captados pela ESF na busca ativa? a. Tuberculose____ Justifique_____</p>
<p>20. É realizado investigação para : a. Óbitos infantis_____ b. Dengue_____ c. Tuberculose____</p>
<p>21. Qual a regularidade das fichas de notificação/investigação, DO e DN digitadas no: a. SINAN_____ b. SIM_____ c. SINASC_____</p>
<p>22. A VE realiza a Complementação dos campos em aberto das: a. DN () sim () não b. DO () sim () não c. Fichas de notificação/investigação () sim () não Justifique:</p>
<p>23. O banco de dados do SIM, SINAN e SINASC são enviados para a Geres? a. () sim b. () não Justifique:</p>
<p>24. A VE realiza a análise da situação de saúde da população semestralmente? a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>25. A VE cruza semestralmente o banco de dados do SIM e do SIAB? a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>26. A SMS divulga as ações da VE e a situação da saúde para a população? a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>27. A VE elabora e divulga boletins epidemiológicos semestrais? a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>28. A SMS apresenta as ações desenvolvidas pela VE nos espaços de controle social semestralmente? a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>29. A VE realiza reuniões dos grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos e infantis para análise dos casos? a. () sim b. () não. Justifique</p>
<p>Qualidade técnica do serviço prestado</p>
<p>30. Qual o número de campanhas realizadas para diagnóstico precoce e tratamento da TB ? _____ Justifique.</p>
<p>31. São realizadas atividades educativas na ESF abordando a prevenção? Sim ----- Não -----</p>
<p>Efetividade das ações</p>
<p>32. Qual o percentual de casos diagnosticados precocemente nos últimos 4 anos? a. dengue b. TB_____ c. violências_____ d. DDA_____</p>
<p>33. Qual o percentual de casos novos de dengue, nos últimos 4 anos? _____</p>

34. Qual o percentual de formas graves de dengue, nos últimos 4 anos? _____
35. Qual o percentual do abandono do tratamento pelos pacientes de TB, nos últimos 4 anos? _____
36. Qual o percentual do aumento de cura dos casos novos de TB, nos últimos 4 anos? _____
37. Qual o percentual de aumento dos comunicantes de TB diagnosticados, nos últimos 4 anos? _____
38. Qual o percentual de aumento de cobertura do SIM, nos últimos 4 anos? _____
39. Qual o percentual de aumento de cobertura do SINASC, nos últimos 4 anos? _____
40. Quantos casos foram notificados no SINAN nos últimos 4 anos de: a. violência doméstica _____ b. sexual _____ c. outras violências _____
41. Qual a taxa de incidência de morte infantil em menores de 5 anos anualmente? Qual a desejada? _____
Cultura organizacional
42. A SMS possui documentos oficiais ou não para seus funcionários de: a. normas () sim () não. Justifique b. regras () sim () não. Justifique c. rotinas dos funcionários () sim () não. Justifique
43. Há uma valorização da hierarquia? a. () sim b. () não. Justifique
44. Existência de uma relação paternalista na VE e AB? (esta gera um alto controle na movimentação de pessoal e na distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes) a. () sim b. () não. Justifique
45. Você identifica uma estabilidade organizacional? (resistência a mudanças de procedimentos e inovações tecnológicas)
46. A SMS possui alguma atividade de incentivo ao profissional que atua em sua instituição? a. () sim b. () não. Justifique
45. A SMS possui alguma política de continuidade de gestão? a. () sim b. () não. Justifique
46. Você identifica alguma interferência política externa à organização? a. () sim b. () não. Justifique
47. Há uma política de valorização e fixação profissional? a. () sim b. () não. Justifique
48. A SMS possui algum material de monitoramento e avaliação das ações dos profissionais? a. () sim b. () não. Justifique
Clima organizacional
49. Qual a sua satisfação pessoal com o trabalho realizado? a. () bom b. () médio c. () ruim Justifique
50. Você se considera um colaborador nas responsabilidades de divisão de tarefas? a. () sim b. () não Justifique.
51. Qual a sua relação com os seus colegas de trabalho? a. () bom b. () médio c. () ruim Justifique.
52. Qual a sua relação com o seu chefe (coordenador)? a. () bom b. () médio c. () ruim

Justifique. 52.1 Se for chefe(coordenador), qual sua relação com sua equipe?
53. No seu processo de trabalho, possui autonomia e suporte para realização de atividades? a. () sim b. () não Justifique.
54. Qual o nível de Motivação profissional que você possui? a.()bom b.()médio c.()ruim Justifique.

11. APÊNDICE

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3412- 13 intitulado “Avaliação de desempenho da vigilância epidemiológica municipal: um olhar sobre a atenção básica à saúde.”. Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Luciana Santos Dubeux** 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