

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

**DESEMPENHO DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE: DESCRIÇÃO DOS MODELOS
TEÓRICOS NA LITERATURA LATINO-AMERICANA E AVALIAÇÃO DA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2015

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Desempenho de intervenções em saúde: descrição dos modelos teóricos na literatura latino-americana e avaliação da vigilância em saúde em Pernambuco

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Co - orientadores: Prof^a. Dr^a. Isabella Chagas Samico

Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- C837d Costa, Juliana Martins Barbosa da Silva.
Desempenho de intervenções em saúde: descrição dos modelos teóricos na literatura latinoamericana e avaliação da vigilância em saúde em Pernambuco / Juliana Martins Barbosa da Silva Costa. - Recife: [s.n.], 2014. 137 p. : il., tab., graf.
- Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse; Co-orientadores: Isabella Chagas Samico, Eduardo Maia Freese de Carvalho.
1. Vigilância em saúde pública. 2. Monitoramento. 3. Avaliação em saúde. 4. Gestão em saúde. 5. Desempenho de programas. 6. Serviços e sistemas de saúde. 7. Modelos teóricos. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Samico, Isabella Chagas. III. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. IV. Título.

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Desempenho de intervenções em saúde: descrição dos modelos teóricos na literatura latino-americana e avaliação da vigilância em saúde em Pernambuco

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de doutor em Ciências.

Aprovado em: 30/03/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Universidade Federal de Pernambuco / UFPE

Prof. Dr. Paulo Germano de Frias

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Prof^a Dr^a Ana Cláudia Figueiró

Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Prof^a Dr^a Tereza Lyra Maciel

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

*Aos meus amores, Júlia e Denis, fontes de inspiração, exemplos
de dedicação e companheirismo.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na execução desta pesquisa. Agradecimento especial aos meus orientadores, *Duda Cesse, Isabella Samico e Eduardo Freese*, pelo estímulo, confiança e incansável busca pela sistematização do conhecimento; aos meus familiares, *Denis, Julia, Noemi, Tito, Dani, Bela, Mano, Celo e Rico* pelo amor, estímulo, carinho e, sobretudo pela compreensão nas minhas ausências; à equipe da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco, particularmente à *Eronildo Felisberto e Luciana Caroline* e à equipe da GMAVS, *Isabela, Monik, e Paula*, pelo apoio incondicional na execução desta pesquisa; aos colegas de doutorado, *Raquel, Fernando, Celita, Gabi, Chico, Flávio, Wallcy, Suellen e Júnior* pela parceria e companhia fraterna; aos funcionários e o toda a equipe do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, instituição que me acolheu, me envolveu e contribuiu sobremaneira em minha formação enquanto sanitarista, docente e pesquisadora.

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva. **Desempenho de intervenções em saúde: descrição dos modelos teóricos na literatura latino-americana e avaliação da vigilância em saúde em Pernambuco.** 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

Nesta tese, estudou-se o desempenho de intervenções em saúde, tomando-se como objeto a vigilância em saúde estadual. Para tanto, elaborou-se um instrumento para monitorar a gestão estadual da vigilância em saúde e estratégias para facilitar seu uso; realizou-se revisão sistemática sobre os modelos de avaliação de desempenho de intervenções de saúde em países latino-americanos e avaliou-se o desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco. A estratégia metodológica para elaboração do instrumento de monitoramento e avaliação do desempenho envolveu o desenho da intervenção (modelo lógico), elaboração de matrizes (monitoramento, análise e julgamento) e consulta a *experts*. Para a avaliação do desempenho, adaptou-se o modelo avaliativo, coletaram-se dados primários (entrevistas com informantes-chave) e secundários (sistemas de informação e documentos oficiais). Na revisão sistemática elaborou-se protocolo de pesquisa com a elaboração da pergunta, seleção das bases de dados, confecção da chave de busca, leitura e consenso entre pares e análise da qualidade dos textos selecionados. Os principais resultados demonstram um satisfatório desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco, com diferenças importantes entre as funções que compõe o desempenho. Aponta-se a necessidade do uso de metodologias participativas em todas as etapas do monitoramento e da avaliação, como forma de envolver os interessados e (co)responsabilizá-los, aumentando seu uso. Além disso, a revisão sistemática identificou a incipiência com que os estudos avaliativos em países latino-americanos explicitam os modelos de avaliação de desempenho, com predominância da concepção sistêmica e modelos unidimensionais. Assim, aponta-se a necessidade de um maior estímulo ao estudo do desempenho de intervenções de saúde, principalmente no uso de modelos multidimensionais dado seu potencial de identificar fragilidades e aumentar a compreensão dos mecanismos para melhoria contínua do desempenho.

Palavras-Chave: Vigilância em saúde pública; Monitoramento; Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Desempenho de programas; Serviços e sistemas de saúde; Modelos teóricos

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva. **Performance of health interventions: a description of the theoretical models in Latin American literature and evaluation of public health surveillance in Pernambuco.** 2015. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2015.

ABSTRACT

This thesis was studied the performance of health interventions, aiming the state health surveillance. Therefore, a tool to monitor the state management of health surveillance and strategies to facilitate its use was created; a systematic review on the evaluation models of performance in health interventions in Latin American countries was made and the performance of health surveillance in Pernambuco was evaluated. The methodological strategy for the creation of the performance evaluation and monitoring tool involved the intervention design (logic model), creation of matrixes (monitoring, analyses and judgement) and consultation with experts. For the performance evaluation, the evaluative model was adapted, primary (interview with key informants) and secondary (information systems and official documents) data was collected. In the systematic review, the research protocol was created with the formulation of question, selection of database, creation of a search key, reading and consensus among peers and analysis of the quality of the selected texts. The main results show a satisfactory performance of health surveillance in Pernambuco, with important differences among the functions that are part of the performance. It points out the need for the use of participative methodologies in all stages of monitoring and evaluation, as a way to involve the interested parties and make them jointly liable, increasing their use. In addition, the systematic review identified the incipient that the evaluative studies in Latin American countries explain the performance evaluation methods, with the predominance of the systemic conception and unidimensional models. Therefore, it points out the need for a greater stimulus to the study of the performance of health interventions, mainly in the use of multidimensional models given their potential to identify weaknesses and increase the understanding of mechanisms for continuous performance improvement.

Key words: Public health surveillance; Monitoring; Health evaluation; Health management; Programs performance of programs; Services and health systems; Theoretical models

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Modelos unidimensionais de avaliação de desempenho organizacional segundo objetivo da organização e medida de desempenho	32
Figura 1 - Modelo <i>Balanced Score Card (BSC)</i>	34
Figura 2 - Modelo do Programa para Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde - PROADESS	36
Figura 3 - Modelo Espacial de Critérios de Efetividade para Análise Organizacional	39
Figura 4 - Modelo EGIPSS para avaliação do desempenho de organizações de saúde	40
Quadro 2 - Funções, definições e dimensões do modelo EGIPSS de avaliação do desempenho	40
Quadro 3 - Principais características dos alinhamentos do modelo EGIPSS de avaliação do desempenho.....	41
Figura 5 - Modelo Multidimensional para Avaliação do Desempenho da Vigilância Sanitária municipal.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Anvisa:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BSC:** *Balanced Score Card*
- Cenepi:** Centro Nacional de Epidemiologia
- CIB:** Comissão Intergestores Birpatite
- CIE:** Centro de Informações Epidemiológicas
- CIR:** Comissão Intergestores Regionais
- CDC:** *Center Disease of Control*
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- COAP:** Contrato Organizativo de Ação Pública
- DANT:** Doenças e Agravos Não Transmissíveis
- Datasus:** Departamento de Informática do SUS
- DEA:** *Data Envelopment Analysis*
- DF:** Distrito Federal
- EGIPSS:** *Évaluation Globale et intégrée de la Performance des Systèmes de Santé*
- FSESP:** Fundação Serviços Especiais de Saúde pública
- GRIS:** *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé*
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- Icaves:** Indicador Composto de Avaliação da Vigilância em Saúde
- ICIS:** Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde
- ID-SUS:** Índice de desempenho do SUS
- NOB:** Norma Operacional Básica
- OCDE:** Organização para Cooperação de Desenvolvimento Econômico
- OMS:** Organização Mundial de Saúde
- Opas:** Organização Panamericana de Saúde
- PATH:** *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*
- PIB:** Produto Interno Bruto
- PCAT:** *Primary Care Assesment Tool*
- PMAQ-AB:** Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PNI:** Programa Nacional de Imunização
- PNQ:** Prêmio Nacional de Qualidade
- PQA ó VS:** Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
- Proadess:** Projeto para Avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

Usaid: *United States Agency for International Development*

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinasc: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISÁgua: Sistema de Informação sobre a Qualidade da Água para Consumo Humano

SNVE: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

Visa: Vigilância Sanitária

VS: Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	12
2 INTRODUÇÃO.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	18
3.1 Vigilância em Saúde: conceito e campo de atuação	18
<i>3.1.1 Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil.....</i>	<i>21</i>
<i>3.1.2 Descentralização, atribuições e competências do nível estadual.....</i>	<i>23</i>
3.2 Avaliação em Saúde	24
<i>3.2.1 Avaliação de desempenho.....</i>	<i>27</i>
<i>3.2.1.1 Definições e modelos de avaliação de desempenho.....</i>	<i>28</i>
<i>3.2.1.2 Modelos multidimensionais para avaliação de desempenho</i>	<i>33</i>
<i>3.2.1.3 O Modelo EGIPSS de avaliação de desempenho</i>	<i>39</i>
4 JUSTIFICATIVA.....	46
5 OBJETIVOS	48
5.1 Geral.....	48
5.2 Específicos	48
6 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	49
7 ARTIGO 1- MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: INSTRUMENTO E ESTRATÉGIAS DE USO.....	50
8 ARTIGO 2- DESEMPENHO DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	67
9 ARTIGO 3- AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ESTADUAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM PERNAMBUCO, 2012.....	90
10 DISCUSSÃO	113
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE A ó Instrumento para entrevistas com técnicos e gestores da vigilância em saúde estadual.....	125
APÊNDICE B ó Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
APÊNDICE C ó Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde.....	131
ANEXO A ó Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos.....	137

1 APRESENTAÇÃO

O desempenho de intervenções de saúde é um tema que vem ganhando notoriedade em países por todo o mundo, inclusive no Brasil, que adotou em 2006, o modelo de gestão baseada em resultados. Desde então, diversas iniciativas vem sendo trabalhadas no intuito de melhorar o desempenho do setor saúde. Entre estas, podemos citar o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), o Índice de Desempenho do SUS (ID-SUS), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

A despeito da variedade de concepções que perpassam por essas iniciativas, o desempenho passou a fazer parte da agenda política Nacional. Compreender o significado do desempenho e seus possíveis usos é estratégia primordial para qualificar o setor e promover uma melhor governança pública. O desempenho pode ser trabalho em uma perspectiva restrita com o uso de modelos unidimensionais, ou mais abrangente, com modelos multidimensionais. Pode ser usado em uma perspectiva de controle ou, envolver processos de aprendizagem, responsabilização, prestação de contas e envolvimento social.

Mediante este contexto e da observação de fragilidades no campo da gestão dos serviços públicos de saúde, a partir de minha inserção profissional na gestão pública do Sistema Único de Saúde (vigilância em saúde municipal, atenção básica municipal e vigilância em saúde estadual), é que surgiu meu interesse em estudar este tema. Processos de planejamento burocráticos e engessados, um constante ãopagar incêndios e a falta de clareza não apenas dos resultados a serem alcançados, mas principalmente, sobre os entraves que prejudicavam a implantação e execução das ações foram algumas das inquietações que me estimularam a pesquisar sobre um tema ainda pouco estudado no país.

Além disso, o monitoramento e a avaliação em saúde configuram desde a época do curso de mestrado acadêmico em Saúde Pública, concluído em 2007 no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, meu principal campo de atuação profissional. Este envolve a pesquisa e a docência, como integrante do Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS), como também a gestão, com a inclusão da prática do monitoramento e da avaliação como ferramenta de apoio à gestão da Gerência de Atenção Básica do Município do Recife, e, atualmente da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco.

Esta tese foi desenvolvida no formato de coletânea de artigos. Inicialmente será apresentada uma breve introdução sobre o tema, discorrido o referencial teórico conceitual que abordará conceitos e o campo de atuação da vigilância em saúde, com destaque para os

atributos e competências do nível estadual, e, conceitos do campo da avaliação em saúde com ênfase na avaliação de desempenho e nos modelos de avaliação, principalmente os multidimensionais. Em seguida, será apresentada a justificativa, os objetivos e algumas considerações metodológicas com a explicitação dos aspectos éticos que nortearam a condução do estudo.

Na seqüência serão apresentados os artigos. O primeiro intitulado *Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso*, publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, descreve os aspectos metodológicos utilizados para elaboração de dois painéis de monitoramento da gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual, um com foco *central* e outro *municipal* e, delinea algumas estratégias que venham facilitar seu uso, como reuniões dialogadas trimestrais para discussão dos resultados e participação ativa da equipe gerencial.

O segundo artigo denominado *Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática*, submetido à revista *Saúde em Debate*, foi elaborado a partir da necessidade de melhor delimitação conceitual do desempenho e de conhecer como este vem sendo trabalhado recentemente em países com contextos semelhantes ao do Brasil.

Este estudo serviu de subsídio à escolha do modelo de avaliação de desempenho a ser utilizado no terceiro artigo, intitulado *Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco, 2012*, submetido à revista *Physis*. Nesse estudo constatou-se o nível do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco, identificou-se fragilidades na vigilância estadual e analisou-se as relações estabelecidas entre as funções que compõe o desempenho, permitindo a proposição de estratégias de melhoria. Por fim, será apresentada a discussão que articula os resultados dos três artigos a luz da literatura científica, as considerações finais, as referências, os apêndices e o anexo.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) constitui-se em um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo analisar a situação de saúde da população e articular-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população (BRASIL, 2009; SILVA JÚNIOR, 2004).

Este subsistema abrange ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, constituindo espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. No âmbito federal está dividido em seis componentes: vigilância e controle das doenças transmissíveis, vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária (BRASIL, 2013). Os cinco primeiros componentes estão sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e o último sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Desde a implantação do SUS, as ações de vigilância em saúde (VS) vêm passando por profunda reorganização operacional para adequar-se aos princípios de descentralização e integralidade. Apesar da descentralização das ações e serviços de saúde ter começado no início da década de 1990, foi apenas em 1999 que este processo envolveu a área de epidemiologia e controle de doenças. A partir daí, ocorreu um reposicionamento de cada uma das esferas de gestão do SUS que passa a exercer atribuições e responsabilidades específicas, suscitando a necessidade do desenvolvimento de um sistema de monitoramento e avaliação que venha a auxiliar a coordenação do sistema (SILVA JÚNIOR, 2004).

O processo de descentralização das responsabilidades e dos recursos financeiros para as secretarias estaduais e municipais de saúde permitiu um avanço importante na implementação das ações de VS. Pinto Júnior e Cerbino Neto (2011) analisaram as repercussões da descentralização dos recursos financeiros da VS na notificação e investigação de agravos de notificação compulsória no Distrito Federal (DF). Estes autores encontraram no período de 2003 a 2008 um aumento no número de notificações maior do que o crescimento populacional, e um acréscimo no percentual de encerramento oportuno que passou de 68,3% em 2003 para 74,9% em 2008, denotando uma melhora na organização da VS.

Assim, entendendo o papel estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde na condução do processo de descentralização das ações de VS e procurando fortalecê-las na condução desse processo junto aos municípios, propõe-se avaliar o desempenho do SNVS tomando como unidade de análise o nível estadual.

A avaliação de desempenho vem assumindo nos últimos quinze anos papel de destaque na agenda estratégica de instituições e organizações por todo o mundo. Segundo Champagne *et al.* (2011) a preocupação crescente na medição do desempenho está relacionada a dois fatores emergentes nas sociedades contemporâneas resultantes de um maior engajamento e organização social. O primeiro fator está relacionado ao maior interesse da população e, portanto, dos aparelhos políticos e tecnocráticos, na situação do sistema de saúde. O segundo, por sua vez, refere-se ao questionamento sobre a variabilidade dos custos e da qualidade dos serviços oferecidos. Assim, na elaboração de sistemas de avaliação de desempenho estas questões devem ser consideradas para suprir tanto as necessidades de responsabilização (imputabilidade) e prestação de contas quanto ao favorecimento da melhoria contínua da qualidade.

Além dos fatores supracitados, o contexto brasileiro traz outros elementos que estimulam a realização de avaliações de desempenho que visem qualificar os processos de gestão do SUS. Entre esses se destacam a grande extensão territorial, a elevada concentração de renda, as desigualdades no acesso a bens e serviços, a composição federativa e a organização do sistema de saúde que a despeito das diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização ainda se encontram fragmentados e pulverizados pelo território nacional (CARVALHO *et al.*, 2012).

Segundo Hartz e Ferrinho (2011) a avaliação de desempenho aparece como a melhor alternativa para a obtenção de informações sobre a efetividade e eficiência de um sistema de saúde. Esta abordagem se justifica como prática essencial de racionalização das atividades e das decisões em matéria de eficiência alocativa. Para tanto, a avaliação deve assumir um caráter institucional, isto é, ela deve estar integrada ao sistema organizacional e ser capaz de influenciar seu comportamento orientando-o para ação.

Diversas experiências em avaliação de desempenho estão em curso no âmbito internacional, desde propostas voltadas a serviços específicos como a da Organização Mundial de Saúde que elaborou um modelo para avaliar o desempenho de unidades hospitalares, o *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH) (GROENE *et al.*, 2008), até modelos mais abrangentes com o intuito de avaliar os sistemas de serviços de saúde como o proposto pelo *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé* (GRIS) da Universidade de Montreal (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

No Brasil, o desempenho aparece no Artigo nº 35 da Lei Orgânica da Saúde (8080/90) como um dos critérios para repasse dos recursos federais a estados e municípios (BRASIL, 1990), apresentando, neste contexto, uma conotação de responsabilização e de controle.

Contudo, apenas mais recentemente é que a avaliação de desempenho tem entrado na agenda pública nacional, sendo considerada ação estratégica do governo federal.

No âmbito governamental, iniciativas importantes estão em curso como a *Avaliação do Desempenho para a Qualificação do Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 2011c), o *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011b), *Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde* (PQA-VS) (BRASIL, 2013) e, com a regulamentação da Lei 8080/90 por meio do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 que traz como dispositivo de pactuação interfederativa o *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde* (COAP) que apresenta como um de seus componentes os critérios e indicadores de avaliação de desempenho das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a). Essas iniciativas têm como objetivo além da responsabilização, a melhoria contínua da qualidade superando a perspectiva do controle burocrático.

Além disso, outros estudos foram realizados com o intuito de avaliar o desempenho de componentes do sistema de serviços de saúde brasileiro. Como exemplos citam-se o estudo realizado por Silva Júnior (2004) que avaliou o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde por meio de um indicador composto, o Indicador Composto de Avaliação da Vigilância em Saúde (Icaves); o trabalho desenvolvido por Viacava *et al.* (2004, 2012) que propuseram um modelo para avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PROADESS); o desenvolvido por Ibañez *et al.* (2006) que avaliaram o desempenho da atenção básica no estado de São Paulo utilizando o *Primary Care Assessment Tool* (PCAToll); e o realizado por Battesini (2008) que utilizou um modelo multidimensional para avaliar o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito municipal.

Ante as inúmeras abordagens, pontos de vista e correntes teóricas ficam alguns questionamentos acerca da avaliação de desempenho: de qual desempenho estamos falando? É melhor uma visão mais extensiva / panorâmica do sistema ou mais intensiva de algum de seus subcomponentes?

De fato é de grande relevância a definição de padrões e parâmetros para avaliar o sistema de saúde de forma global. Entretanto, perdemos a especificidade de analisar as minúcias dos subsistemas que o compõe como: a atenção à saúde, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, etc. Apresentando-se assim, como abordagens complementares com objetivos comuns: qualificar a gestão, prestar contas à sociedade e melhorar as práticas de saúde.

Além disso, Champagne *et al.* (2011) chamam atenção ao fato de que a despeito dos inúmeros modelos de avaliação de desempenho não existe consenso entre os pesquisadores da

área sobre aquele que é mais adequado. Os modelos refletem pontos de vista legítimos e sua aplicabilidade vai depender do contexto. Estes autores qualificam o desempenho como contingente. Contudo, deve-se dispor de uma abordagem analítica para identificar qual modelo melhor se aplica em determinada situação. Para tanto, os autores propõem cinco etapas que denominaram de uma *Arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho*, são eles: a definição do objeto da avaliação; o conceito de desempenho; a meta da avaliação e o público-alvo; os valores, interesses, estratégias e prioridades dos principais atores envolvidos e a exequibilidade operacional.

Além disso, torna-se necessário o fortalecimento da esfera estadual na sua capacidade de gestão que apresenta o monitoramento e a avaliação como um dos componentes fundamentais. Lotufo e Miranda (2007) identificaram a insuficiência ou inadequação dos sistemas de monitoramento e avaliação nas Secretarias Estaduais de Saúde, dificultando o processo de tomada de decisão e de condução de ajustes institucionais em tempo hábil.

Portanto, espera-se com a realização desta pesquisa contribuir com o fortalecimento da esfera estadual na sua capacidade de gestão da vigilância em saúde. Além disso, espera-se estimular o debate em torno do uso do monitoramento e da avaliação de desempenho como um instrumento para melhoria contínua da qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 Vigilância em Saúde: conceito e campo de atuação

A delimitação da vigilância em saúde apresenta-se como tema controverso, com um entendimento conceitual diversificado sobre sua função e campo de atuação. Segundo Silva Júnior (2004) essa diferença de concepção reflete ao mesmo tempo em que condiciona, a maneira relativamente distinta como essa área da saúde pública tem se organizado em cada país. Assim, como afirma Waldman (1998, 2009), a incorporação da vigilância em saúde apresenta-se de forma bastante diversa a depender do grau de desenvolvimento econômico e dos tipos de estrutura e organização dos sistemas de saúde.

Além disso, o desenvolvimento científico, a ascensão de novas concepções sobre o processo saúde-doença, o surgimento de novos problemas de saúde pública influenciados pela transição epidemiológica e demográfica, pela degradação ambiental, pelo aumento na violência urbana, entre outros, trazem a necessidade de (re)pensar novas formas de (re)organizar o setor saúde e introduzir outras tecnologias de intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), inclusive no que se refere às ações de vigilância em saúde.

Neste contexto, o conceito e a aplicabilidade da vigilância em saúde vêm passando por constante desenvolvimento e aprimoramento. Observa-se a ampliação do objeto de atuação da vigilância que vai além das doenças transmissíveis com a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis, a saúde no ambiente e nos locais de trabalho (FARIA; BERTOLOZZI, 2009) e o direcionamento a grupos populacionais submetidos a riscos diferenciados de adoecer e morrer (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). Além da ampliação de suas finalidades, com o surgimento de concepções diferenciadas que variam desde a perspectiva de integração institucional, até a de reorganização do modelo de atenção à saúde (TEIXEIRA; RISI JÚNIOR; COSTA, 2003).

Uma questão que permeia o debate internacional refere-se à incorporação das ações de controle às atividades de vigilância em saúde. Segundo Silva Júnior (2004) existem duas vertentes principais, uma que inclui as ações de prevenção e controle em seu escopo de ações e outra que não considera estas ações como parte de seu campo de atuação. Nesta vertente, as recomendações para as medidas de controle são o produto final das atividades de vigilância em saúde.

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, os sistemas de vigilância foram estruturados numa perspectiva de inclusão das ações de prevenção e controle de doenças se

afastando dos moldes da *inteligência epidemiológica* desenvolvido nos Estados Unidos pelo *Centers Disease of Control* (CDC). Contudo, o modelo adotado não ficou imune a críticas. Waldman (1998) relata que nestes moldes, a vigilância passou a compor parte dos programas ficando muitas das ações típicas de vigilância, como a coleta e análise das informações, em segundo plano em detrimento das atividades de controle. Por outro lado, Silva Júnior (2004) pondera que a instituição da vigilância ocorreu em conjunturas diferentes com a adaptação às condições existentes e à capacidade de resposta dos sistemas de saúde, não sendo, portanto, apropriado pensarmos em um modelo padrão.

Silva e Vieira-da-Silva (2008) em revisão sistemática sobre o tema elaboraram uma matriz de tipos ideais na qual caracterizaram formas de arranjos tecnológicos para a organização de práticas de vigilância em sistemas municipais de saúde. As autoras identificaram três tipos ideais: a vigilância epidemiológica tradicional, com as doenças transmissíveis como objeto; a vigilância em saúde pública, componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a vigilância enquanto um modelo tecnológico de organização das práticas em determinado território.

A vigilância em saúde pública incorpora no conteúdo da vigilância tanto a coleta, consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e informação, quanto à implementação de medidas de promoção, prevenção e controle. Esta concepção vai além da noção de inteligência epidemiológica no qual caberia à vigilância apenas a função de disponibilizar a informação para subsidiar a tomada de decisão (SILVA JÚNIOR, 2004).

Já o entendimento da vigilância enquanto um modelo de atenção é segundo Teixeira, Risi Júnior e Costa (2003) entre as vertentes conceituais aquela considerada mais estruturante e com potencial de reordenar o sistema de saúde a partir do uso do referencial epidemiológico centrado no território. De acordo com Drummond Júnior (2003) esta proposta requer uma mudança conceitual e organizativa que venha a favorecer uma maior integração entre as práticas coletivas e individuais em diferentes dimensões das necessidades sociais de saúde.

Tanto a dimensão técnica quanto a gerencial são privilegiadas neste modelo e sua operacionalização requer a valorização dos princípios da regionalização e da hierarquização, a delimitação das áreas de abrangência e influência dos serviços conforme sua capacidade operacional, além do mapeamento das micro áreas de risco, definidas a partir do perfil epidemiológico da população (TEIXEIRA; RISI JÚNIOR; COSTA, 2003).

Este reordenamento permite a inclusão da análise dos determinantes ecossociais e passa a subsidiar amplamente a gerência do processo de definição dos problemas prioritários e das possíveis respostas sociais para enfrentá-los (DRUMMOND JÚNIOR, 2003). Arreaza e

Moraes (2010a) citam que, dessa forma, ocorre um deslocamento conceitual do saber epidemiológico face ao exclusivo controle de riscos e danos para a compreensão das relações sociais que determinam a distribuição desigual dos agravos à saúde.

Desta forma, a vigilância em saúde passa a se constituir em um modo tecnológico de intervenção que requer modificações nas formas de trabalho para sua operacionalização, a reestruturação de atividades e a redefinição das relações técnico-sociais das organizações de saúde, apresentando-se como uma estratégia de organização de um conjunto de políticas e práticas que devem assumir configurações específicas conforme a situação de saúde das diferentes coletividades (ARREAZA; MORAES, 2010a).

Apesar dos avanços observados e nas potencialidades na proposição da vigilância em saúde, Faria e Bertollozi (2009) citam diversas lacunas para sua implementação nas práticas de saúde, com destaque para a carência de uma direção política, ideológica e gerencial nos níveis micro e macro do sistema de saúde que permitam a reordenação dos processos de trabalho com a inclusão de novos atores e outros instrumentos ou meios de trabalho.

Esse fato deve-se em parte, pela constante tensão entre os diversos modelos de atenção que coexistem e estão em permanente disputa e pela institucionalização tardia do SNVS. Assim, a despeito de diversas experiências locais na implantação da vigilância em saúde enquanto um modelo assistencial, a diretriz política que guia o SNVS é a atuação enquanto a vigilância em saúde pública, ou seja, aquela que envolve atividades de coleta, consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e informação, além da adoção de medidas de promoção a saúde e prevenção e controle de determinantes, riscos e danos à saúde.

Dessa forma, a Portaria nº 1378/13 que regulamenta as responsabilidades dos entes de gestão define a vigilância em saúde como:

[...] um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Entre os principais objetivos dos sistemas de vigilância em saúde Waldman (2009) cita: identificar novos problemas de saúde pública; detectar epidemias; documentar a disseminação de doenças; estimar a magnitude da morbidade e mortalidade; identificar fatores de risco que envolve a ocorrência de doenças; recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de agravos à saúde; avaliar o impacto de medidas de intervenção por meio de coleta e análise sistemática de informações relacionadas ao agravo objeto dessas medidas; avaliar a adequação de táticas e estratégias de

medidas de intervenção com base não só em dados epidemiológicos, mas também nos referentes à sua operacionalização; revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com o objetivo de discutir prioridades em saúde pública e propor novos instrumentos metodológicos.

Além desses objetivos elencados por Waldman (2009) destaca-se, no caso do Brasil, uma série de medidas utilizadas para a prevenção e o controle de doenças e agravos que como comentado acima fazem parte do escopo das ações do SNVS. Observa-se assim, a abrangência de atuação deste campo da saúde pública.

No intuito de uma maior aproximação do objeto de estudo, o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, será detalhado o processo de descentralização das ações de vigilância em saúde para estados e municípios, bem como as atribuições e competências para este nível de gestão.

3.1.1 Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil

A despeito da evolução do conceito e da aplicabilidade das ações de vigilância em saúde, o SNVS no Brasil foi-se configurando de forma paulatina com a ampliação do escopo de ações e redefinição metodológica e conceitual. Segundo Sabroza (2008) a construção desse sistema é um processo que acompanha o projeto de Reforma Sanitária e da construção social do Sistema Único de Saúde.

Este autor cita como um marco de referência para a construção do SNVS a implantação do modelo preventivista no currículo das faculdades de medicina das escolas de saúde pública existentes no país, no final da década de 1960, que enfatizava o ensino do método epidemiológico, da bioestatística e técnicas de programação normativa em contrapartida a formação convencional que era orientada para as áreas de microbiologia, imunologia e higiene, fundamentadas no método experimental e no modelo de validação do conhecimento. Assim, foi-se constituindo um grupo de profissionais com ferramentas necessárias a uma nova forma de atuação em saúde pública.

Outro acontecimento relevante foi a criação, em 1968, do Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) na Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) que veio a se configurar como o primeiro órgão que buscou aplicar, no país, os conceitos e as práticas de vigilância desenvolvidas nos Estados Unidos. Contudo, como foi observado anos mais tarde, ao contrário do discurso predominante que apontava a necessidade de um sistema nacional de vigilância em saúde direcionado para as funções de inteligência sanitária, semelhante modelo

do CDC, o projeto implementado no SUS foi orientado para o modelo tradicional de vigilância em saúde como componente de programas de controle de doenças (SILVA JÚNIOR, 2004).

Em 1975, sob recomendação da V Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por meio da Lei nº 6259/75 que no seu artigo 2º traz como competências da vigilância epidemiológica “[...] as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde” (BRASIL, 1975). Esta Lei foi regulamentada no ano seguinte pelo Decreto Presidencial nº 78.231/76 que institui, organiza e disciplina do SNVE com atribuição de responsabilidades para o Ministério da Saúde e para as Secretarias Estaduais expandindo o escopo de ações de vigilância que passa a ser “[...] executora das medidas de controle pertinentes” (BRASIL, 1976).

Silva Júnior (2004) cita que neste momento inicial o SNVE estava voltado exclusivamente para as doenças transmissíveis com alto poder de disseminação. E, mesmo anos mais tarde com o avanço normativo trazido pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) que amplia o escopo das ações de vigilância, a prática continuou restrita àquele grupo de doenças. Este autor afirma que a incorporação de outros objetos, como a vigilância de fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis, riscos ambientais e do trabalho, só passou a adquirir contornos de uma atividade institucionalizada cerca de dez anos após a promulgação da referida Lei. Assim, os avanços observados na década de noventa concentraram-se mais na dimensão organizacional do SNVE, e pouco se avançou na transformação de seu objeto e de suas práticas.

No final da década de 1990 foi criado o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) vinculado à Fundação Nacional de Saúde. Esse Centro, veio materializar o projeto pactuado nacionalmente de um sistema de vigilância integrado em rede, que venha articular os serviços dos diferentes níveis de governo, cada um com autonomia administrativa e coordenada por uma unidade central do nível federal, responsável pela formulação e implementação de projetos de abrangência Nacional e apoio ao desenvolvimento da vigilância nos estados e municípios (BRASIL, 2006).

Apesar dos avanços, a configuração político-institucional do Cenepi não favorecia a ampliação do objeto da vigilância e ao seu fortalecimento político. Assim, foi criado em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) com a função de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Este processo caracterizou um reordenamento político e gerencial da vigilância com vistas a superar o caráter incipiente e a

fragmentação da ação estatal que historicamente separou o individual, do coletivo e o preventivo, do curativo (BRASIL, 2006).

3.1.2 *Descentralização, atribuições e competências do nível estadual*

A descentralização apresenta-se como uma das diretrizes do SUS e caracteriza-se pela redistribuição de recursos e responsabilidades entre as três esferas de gestão. O movimento descentralizador data do final da década de 1980, institucionalizando-se e ganhando maior abrangência e densidade a partir da aprovação das bases legais do SUS. Entretanto, foi apenas no final da década de 1990, com a promulgação da Portaria n° 1399/MS que regulamenta a NOB/96 quanto às competências de cada esfera de gestão e define a sistemática de financiamento na área de vigilância e controle de doenças que os municípios são induzidos a realizar ações de vigilância epidemiológica (SANTOS *et al.*, 2012).

Silva Júnior (2004) chama a atenção que com o processo de descentralização surge à necessidade do desenvolvimento de novas habilidades e da introdução de práticas que tornassem possíveis a execução das atribuições e responsabilidades específicas de cada esfera de gestão. Entre outras, merecem especial destaque as funções de coordenação, supervisão, formação de recursos humanos e avaliação que eram executadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde.

Uma particularidade da descentralização, nessa área, é que ela deu início a um movimento institucional complexo, com uma permuta de papéis e o repasse de responsabilidades e atribuições de uma esfera para a outra. Contudo, o modelo adotado no país apresentou limites e os municípios foram responsáveis basicamente pela implementação de ações (SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Estudo realizado por Santos *et al.* (2012) sobre a capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia aponta para um processo vertical de descentralização, no qual predominou o caráter normativo em detrimento do preparo das equipes locais para assumir as funções da vigilância epidemiológica. Além disso, foi encontrada uma expressiva variação na capacidade de gestão dos municípios, determinada por desigualdades sociais, econômicas, políticas e nos mecanismos de gestão adotados.

Bezerra *et al.* (2009) em avaliação sobre o grau de implantação da vigilância epidemiológica no âmbito municipal, encontraram diferenciais importantes na execução das ações entre os diversos níveis organizacionais da vigilância do município (central, distritos sanitários e equipes de saúde da família), e apontam para a necessidade de estratégias de ação

diferenciadas para garantir o desenvolvimento de ações conforme as recomendações das instâncias gestoras do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

Atualmente, as atribuições e competências dos três níveis de gestão na área de vigilância em saúde estão regulamentadas pela Portaria GM nº 1.738, de 09 de julho de 2013. No que se refere às atribuições e competências do âmbito estadual, cita-se a formulação de políticas, cooperação técnica, planejamento e programação, co-financiamento, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação, além da execução das ações de vigilância de forma suplementar quando constatado insuficiência dos municípios (BRASIL, 2013a).

Essa Portaria também regulamenta a transferência de recursos federais aos estados, distrito federal e municípios para execução das ações de vigilância em saúde. Estes estão organizados em dois componentes: o componente da vigilância em saúde e o da vigilância sanitária, ambos formados por uma parte fixa e outra variável. Os repasses são realizados em três parcelas anuais diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal (BRASIL, 2013a).

Em que pese à insuficiência dos recursos, o formato de transferência fundo a fundo representou grande avanço na estruturação das ações de VS. Segundo Silva Júnior (2004) anteriormente a descentralização, o financiamento era realizado para programas específicos e de maneira descontinuada por meio de convênios ou transferências diretas. Ressalta que esse modelo não permitia o planejamento das ações e, se voltava para o gerenciamento de crises como o surgimento ou o recrudescimento de epidemias.

As bases legais e normativas para a descentralização do SNVS estão constituídas. As atribuições e competências de cada nível de gestão estão definidas. Neste percurso, avanços na prevenção e controle de doenças e agravos são observados. Contudo, novos desafios estão colocados devido à complexidade da situação de saúde do país. Diante deste quadro, pergunta-se se o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde está cumprindo sua missão e quais pontos de fragilidade encontrados para que possa atingir um desempenho adequado diante das necessidades de saúde da população.

3.2 Avaliação em Saúde

A avaliação é considerada como um componente fundamental das práticas de saúde pública e pode ser entendida como uma forma de valoração sistemática de intervenções em saúde. Vieira-da-Silva (2005) caracteriza este campo de conhecimento pela diversidade

conceitual e terminológica, pluralidade metodológica e pela multiplicidade de questões consideradas pertinentes. Além disso, seu campo de atuação, as intervenções em saúde, é considerado complexo, carregado de incertezas e contradições.

O termo avaliação reúne diversas atividades, cujo espectro varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social até uma pesquisa avaliativa. Sendo que as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação em diversas dimensões, variando do cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Dubois, Champagne e Bilodeu (2011) destacam que a falta de uniformidade terminológica e a diversidade conceitual é resultado da evolução das diferentes concepções da avaliação ao longo do tempo, resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento. Além disso, o refinamento de métodos de pesquisa e as mudanças ideológicas, políticas e demográficas vivenciadas no século XX impulsionaram o desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica influenciada por campos diversos como a economia, a epidemiologia, a clínica, as ciências sociais, entre outros.

Como forma de sistematizar esta trajetória, Dubois, Champagne e Bilodeu (2011), sob uma perspectiva histórica, propõe uma tipologia que classifica a avaliação em quatro gerações e seis períodos, por meio de suas características principais: a medida, a descrição, o julgamento e a negociação. Esses autores ressaltam que cada um desses períodos irá diferir em relação à função atribuída à avaliação, ao papel desempenhado pelos avaliadores, ao grau de interesse manifestado pelos atores sociais, ao leque de atores envolvidos na produção e à utilização da avaliação, bem como aos meios de produção e de difusão dos resultados e dos conhecimentos produzidos.

Diante dessas características, inúmeras definições de avaliação foram propostas. Figueiró, Frias e Navarro (2010) a partir da categorização proposta por Alkin (2004) sobre o posicionamento dos teóricos da avaliação e suas teorias, sistematizaram as diversas definições de avaliação nas três grandes vertentes utilizadas por este autor: relacionadas ao uso, ao método e à valoração.

Segundo esses autores, a maior preocupação dos teóricos dedicados ao uso da avaliação residia na utilização da informação produzida, adotando a perspectiva dos usuários. Neste grupo destacam-se os trabalhos de Patton, Stufflebean, Alkin, Fetterman, entre outros. Naqueles que se dedicaram ao método, a exemplo de Weiss, Rossi e Campbell, o foco era a construção do conhecimento e a forma como as informações eram obtidas. Já aos que se

preocuparam mais fortemente com a valoração, como Guba e Lincon, Stake e Scriven, o foco residia no julgamento de valor sobre o objeto observado.

A despeito dessas características marcantes na avaliação em saúde, outras preocupações teóricas passaram a compor o campo como: o envolvimento dos interessados e formas de lidar com as diferentes perspectivas e interesses dos atores envolvidos; a legitimidade do processo avaliativo; a melhoria social e a emancipação dos indivíduos; a influência do tempo e do contexto, denotando um caráter contingente para a avaliação; a influência do processo avaliativo sobre o objeto avaliado; além, da dimensão subjetiva da avaliação que é guiada pela visão de mundo do sujeito da pesquisa (ARREAZA; MORAES, 2010b; GUBA; LINCON, 1989; MARK; HENRY; JULNES, 2000).

Diante às diversas possibilidades de expressão da avaliação em saúde e sua polissemia conceitual e metodológica, torna-se obrigatório à explicitação das opções teóricas e técnicas adotadas por aqueles que pretendem realizar estudos avaliativos como forma de aumentar a validade e a utilidade desses estudos (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Assim, nesta pesquisa será adotada uma definição ampla de avaliação que envolve as características citadas anteriormente. Contudo, ressalta-se que nenhuma definição é suficiente para capturar completamente a prática avaliativa uma vez que diferentes definições servem a diferentes propósitos, além do que existem discordâncias fundamentais no campo da avaliação em relação aos seus limites e sua essência (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 1997; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Entretanto, para fins de demarcação teórica entende-se que:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implantando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Em relação às tipologias e formas de classificar as avaliações Contandriopoulos *et al.* (1997) as classifica em avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A avaliação normativa é aquela no qual a intervenção ou qualquer um de seus componentes são apreciados em relação a critérios e normas, constituindo-se em um processo de verificação da conformidade dos componentes da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Já a pesquisa avaliativa pode ser entendida como a aplicação sistemática de procedimentos científicos, por meio da análise das bases teóricas, do processo operacional e de sua implementação em interface com o contexto

nos qual os constituem. Ela busca compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Assim, na próxima secção será detalhado um tipo particular de pesquisa avaliativa, a avaliação de desempenho. Será trabalhada a definição de desempenho, os diversos modelos de avaliação de desempenho com destaque para o modelo de avaliação global e integral do desempenho dos Sistemas de Saúde (*Évaluation Globale et intégrée de la Performance des Systèmes de Santé* ó EGIPSS), bem como algumas experiências de avaliação de desempenho no Brasil.

3.2.1 Avaliação de desempenho

Os tensionamentos econômicos, sociais e políticos enfrentados no final do século XX e o aprofundamento da crise dos estados de bem estar social, associados com o movimento da nova administração pública fizeram emergir políticas de ajuste estrutural e as idéias sobre a reforma do Estado. Estas levaram a adoção de diversas medidas restritivas com o intuito de diminuir o gasto público (SICOTTE *et al.*, 1998; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008), por meio da reavaliação da manutenção das atribuições exercidas pelas organizações governamentais com a demarcação das atividades típicas do Estado (PEREIRA, 1997).

Ibañez *et al.* (2006) citam que, no contexto neoliberal, com exceção das atividades típicas do Estado, como a segurança Nacional e a regulação dos mercados, as demais deveriam ser exercidas prioritariamente pelo setor privado e público não estatal. Assim, a saúde, entendida como uma atividade não específica do Estado sofreu uma redução em seu financiamento aumentando a tensão entre os custos e a qualidade dos serviços ofertados (PEREIRA, 1997).

Somado a essa situação de crise econômica e a discussão em torno da redefinição do papel do Estado, um conjunto de fatores vem, paradoxalmente, imputando ao setor saúde a necessidade de adaptações e melhorias em termos de acesso e da qualidade do serviço prestado (CARVALHO *et al.*, 2012; SICOTTE *et al.*, 1998). Entre estes se destacam o desenvolvimento acelerado de novas tecnologias e conseqüentemente a crescente pressão para sua incorporação no setor público; a transição demográfica associada ao processo de envelhecimento populacional que demandam formas mais complexas de intervenção; a expectativa crescente da população por serviços de saúde de qualidade (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 2008), além da descentralização das atividades e

responsabilidades compartilhadas entre as esferas governamentais, o setor privado e os indivíduos (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

Neste contexto, muitos países propuseram mudanças na condução de sua política de saúde. A contenção dos gastos públicos associado à melhoria da eficiência e da produtividade, da ampliação da flexibilidade gerencial e da capacidade de resposta dos governos, bem como a maximização da transparência da gestão pública e de responsabilização dos gestores tornaram-se centrais nas reformas propostas (FARIA, 2005).

O governo brasileiro passa a adotar a partir de 2007 um modelo de gestão orientado para resultados. No setor saúde este movimento é representado pelo Mais Saúde ou Programa de Aceleração de Crescimento da Saúde (PAC Saúde). A questão principal que se apresenta para a gestão vai além do alcance de resultados e gira em torno da melhor maneira de fazê-lo que envolve três grandes requisitos que devem ser complementares e interconectados: a formulação de resultados que satisfaçam às expectativas dos beneficiários da ação, o alinhamento dos arranjos de implementação e a construção de mecanismos de monitoramento e avaliação que promovam aprendizado, transparência e responsabilização (BASSIT; BLUM; MARTINS, 2009).

Desta forma, o monitoramento e a avaliação assumem lugar de destaque na agenda do setor saúde e corroboram com as reflexões de Champagne *et al.* (2011) quando destacam o papel do monitoramento e da avaliação como estratégias fundamentais para melhorar a governança e o desempenho das organizações de saúde. Ibañez *et al.* (2006) chegam a afirmar que sem uma avaliação de desempenho adequada não há sistema integrado e eficaz de gestão.

Mas, finalmente, o que é avaliar o desempenho? Considerando a polissemia e a abrangência da aplicabilidade destes dois termos em ramos tão diversos como a administração, educação, economia, psicologia, entre outros, torna-se imprescindível a delimitação conceitual deste que se configura como um tipo específico de pesquisa avaliativa de programas, serviços e sistemas de saúde.

3.2.1.1 Definições e modelos de avaliação de desempenho

Apesar da crescente preocupação em relação ao desempenho organizacional no setor saúde, a teoria que ancora este tipo de avaliação ainda é incipiente devido à complexidade e às especificidades da área. Muitos dos modelos existentes na literatura foram elaborados para avaliar o desempenho de organizações que estão fora do setor saúde ou, quando relacionados

ao setor, focam serviços específicos ou realidades bem diversas da encontrada no Brasil. Assim, torna-se necessário a adaptação e adequação desses modelos para a realidade brasileira e não apenas sua aplicação de forma acrítica sob o risco de se realizar análises equivocadas.

Além disso, a multiplicidade de modelos e a falta de consenso nas definições impõem certa confusão semântica e conseqüentemente de entendimento sobre qual o melhor modelo a ser utilizado. Vários estudiosos da área têm apontado que não existe um modelo ideal que seja capaz de abarcar toda a complexidade das organizações (QUINN; ROHRBAUGH, 1983) e especificamente as de saúde (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; SICOTTE *et al.*, 1998; TCHOUAKET *et al.*, 2012).

Sicotte *et al.* (1998) em extensa revisão da literatura sobre o tema ponderam que a delimitação do desempenho é uma das mais indefinidas em termos da teoria organizacional. E pontuam que sua definição está estritamente associada com conceitos referentes às organizações, cuja diversidade resulta numa série de modelos de desempenho organizacional, que tem seus próprios objetivos, preferências e princípios.

Esses autores pontuam as especificidades do setor saúde que devem ser considerados quando da realização de avaliações de desempenho. Os principais pontos abordados referem-se à complexidade e pluralidade dos ambientes político, jurídico e financeiro, além de sua conformação enquanto burocracias profissionais que são fortemente influenciadas pelas atividades e aspirações de profissionais autônomos e qualificados que possuem pouca receptividade entre si. Os autores relatam que esta autonomia, principalmente dos médicos, leva a um baixo controle da administração gerando um papel ambíguo e conflituoso com problemas relacionados à coordenação e responsabilização. Além disso, por lidar com as diferenças e singularidades dos seres humanos a prestação de serviços devem ser mais individualizados do que em outros tipos de organizações.

Assim, faz-se necessário a caracterização da organização que se pretende avaliar, a seleção dos atributos que são imprescindíveis de serem avaliados em determinado contexto e a definição de desempenho para que se possa escolher o modelo ideal ou que mais se aproxime das necessidades identificadas.

Alguns autores propuseram uma definição para o desempenho a exemplo de Garcia (2001) que o define como o “[...] resgate do compromisso de execução de uma programação formalmente estabelecida como desejável e factível, a partir de parâmetros confiáveis surgidos da aplicação do conhecimento técnico-científico sobre a experiência prática”.

Nessa definição, o autor destaca a relação do desempenho com o processo de planejamento, sendo o que a diferencia da avaliação de resultados. Enquanto a avaliação de

resultados é a simples verificação do resultado obtido por determinada intervenção, a avaliação de desempenho requer a comparação entre um resultado realizado e o planejado. Ou seja, avaliar o desempenho é verificar se o resultado obtido alcançou a expectativa de resultado fixado quando planejado. E conclui que a partir do resultado do desempenho pode-se julgar a eficácia da gestão.

Outra questão que aparece na literatura é a delimitação do espectro do desempenho, muitas vezes avaliado apenas em função dos resultados econômicos ou por meio de avaliações de custo-efetividade (NAYLOR *et al.*, 2002). Esta é uma faceta de fundamental importância, mas sozinha não consegue abarcar toda a complexidade do setor saúde. Assim, a agência dos Estados Unidos para o desenvolvimento internacional (*United States Agency for International Development* ó USAID) define o espectro de atuação da avaliação de desempenho indo além da visão tradicional da apuração de custos (ESTADOS UNIDOS, 2011).

Segundo esta agência, a avaliação de desempenho trabalha com questões relacionadas ao desenho do programa, gerenciamento e tomada de decisões operacionais. E define que o desempenho da gestão (gestão por resultados) é um processo sistemático do monitoramento das atividades do programa, coleta e análise de informações de desempenho para acompanhar o progresso dos resultados planejados, o uso de informações de desempenho para influenciar a tomada de decisão e a alocação de recursos, e comunicar os resultados do avanço do aprendizado organizacional às partes interessadas (ESTADOS UNIDOS, 2011).

Nesta perspectiva, além da verificação do alcance dos resultados planejados a avaliação de desempenho apresenta mais duas finalidades principais: a responsabilização e o aprendizado, corroborando as assertivas de Massoud *et al.* (2001) quando afirmam que o [...] a avaliação de desempenho é o ponto inicial para melhoria da qualidade, não é um fim em si mesmo, ela deve levar ao aprendizado, não a punição. Segundo esses autores as avaliações de desempenho devem levantar questões, melhorar os procedimentos e identificar ações para melhoria da qualidade.

Apesar das características apresentadas, as definições continuam imprecisas e não conseguem abarcar os atributos elencados por Arreaza e Moraes (2010b); Champagne *et al.* (2011); Sicotte *et al.* (1998) e Viacava *et al.* (2004) que destacam o caráter paradoxal, contingente e complexo do desempenho do setor saúde.

O caráter contingencial é ilustrado por Arreaza e Moraes (2010b), Champagne *et al.* (2011) e Viacava *et al.* (2004) quando afirmam que o desempenho modifica-se segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde e qual o papel do Estado em relação à

saúde das populações. Além disso, os autores afirmam que o desempenho pode modificar-se no tempo e no espaço refletindo mudanças nas concepções dominantes. E, destacam que as regras legais diferem na forma como ancoram as responsabilidades do Estado com a saúde da população, seja outorgando benefícios universais ou específicos para determinados grupos.

No que se refere ao caráter paradoxal do desempenho, Champagne *et al.* (2011) apontam a natureza divergente dos problemas de saúde, segundo o qual quanto mais se aprofunda no estudo destes problemas, as soluções parecem divergir, tornando-se contraditórias, opostas, paradoxais. Assim, devido a este caráter paradoxal, as organizações de saúde podem por vezes, apresentar um bom desempenho se avaliado por determinados critérios em um mau se olhado por outros (SICOTTE *et al.*, 1998).

Para ilustrar ainda mais a polissemia em torno do desempenho, Champagne *et al.* (2011) relatam que no campo da avaliação, os termos desempenho, eficácia, eficiência, rendimento, produtividade, qualidade, acesso, equidade, entre outros, são extensivamente trabalhados sem que a nuance entre essas noções seja claramente estabelecida. Esses autores consideram o desempenho como um conceito genérico que engloba o conjunto dessas noções, no qual cada um desses atributos pode ser analisado como uma subdimensão do desempenho. Contudo, Vieira-da Silva (2005) pondera que o desempenho assim definido torna-se um conceito vago confundindo-se com o próprio campo da avaliação, tornando-se necessário uma delimitação mais precisa do que se pretende avaliar.

Como assinalado anteriormente, vários campos do conhecimento trabalham com o conceito de desempenho. No setor saúde e mais especificamente no campo da avaliação em saúde este pode ser abordado de diversas formas, desde a perspectiva de avaliar o desempenho de um serviço de saúde em particular até do sistema de saúde em sua globalidade, desde uma ótica programática até uma perspectiva organizacional. Neste estudo, iremos trabalhar com o subsistema de vigilância em saúde numa perspectiva organizacional e para tanto iremos aprofundar o debate em torno desta perspectiva analítica. Embora grande parte dos autores se abstenha em definir o desempenho uma forma de estudá-lo é por meio da teoria subjacente aos modelos propostos na literatura.

Tchouaket *et al.* (2012) realizaram uma análise retrospectiva e apontam que no início do século XX dominavam os modelos unidimensionais que avaliavam aspectos considerados relevantes para determinadas correntes de pensamento. Nesta linha, Champagne *et al.* (2011), Quinn e Rohrbaugh (1983) e Sicotte *et al.* (1998) compilaram os principais modelos unidimensionais utilizados para avaliar o desempenho das organizações e ponderam que as

medidas de desempenho utilizadas irão variar na dependência do objetivo ou missão organizacional (Quadro 1).

Quadro 1 - Modelos unidimensionais de avaliação de desempenho organizacional segundo objetivo da organização e medida de desempenho

Modelo	Objetivo da Organização	Medida de desempenho
Racional ou de alcance das metas	A organização existe para cumprir seus objetivos específicos	Medida do alcance dos objetivos organizacionais
Processos Internos	A organização deve funcionar de acordo com as normas estabelecidas, sem tensões excessivas. Valoriza-se a estabilidade e o controle	Medida dos processos internos de produção
Aquisição dos recursos	O sucesso da organização reside na aquisição de recursos, no crescimento e na adaptação	Capacidade de adquirir os recursos necessários a seu bom funcionamento e à sua sobrevivência no ambiente
Relações Humanas	Ênfase nas atividades necessárias à manutenção de um clima satisfatório de colaboração dentro da organização e na satisfação das necessidades das pessoas que nela trabalham	Estabilidade, consenso, motivação e ambiente de trabalho
Político (<i>strategic constituencies model</i>)	As organizações constituem arenas políticas nas quais os atores interagem em função dos seus próprios interesses estratégicos	Negociação e compromisso
Legitimidade Social (<i>social legitimacy model</i>)	As organizações são eficientes na medida em que se mantêm e sobrevivem conciliando os processos e os resultados com valores sociais, normas e objetivos	Reputação, prestígio e imagem
Zero Defeito (<i>fault-driven model</i>)	A organização é considerada de alto desempenho se ela não cometer erros ou se não existir sinais de ineficiência	Identificação dos momentos de mau desempenho
Comparativo de desempenho (<i>comparative, high performance model</i>)	Compara-se o desempenho de uma organização com outras organizações semelhantes	Depende dos dados disponíveis para as diversas organizações que estão sendo comparadas
Normativo do Sistema de ação racional	Inspirado na nas teorias da ação em sociologia (Weber, Parsons, Simon, entre outros)	Estrutura, processo e resultado

Fonte: adaptado de Champagne *et al.* (2011); Quinn e Rohrbaugh (1983) e Sicotte *et al.* (1998)

Cada uma destes modelos coloca em evidência certos aspectos da organização, enquanto outros ficam escondidos ou são ignorados e por isso, foram bastante criticados. Por exemplo, para o modelo racional ou de alcance de metas o desempenho é entendido como a medida que a organização atingiu suas metas e seus objetivos, já no modelo dos processos internos, uma organização de sucesso é aquela que funciona bem, de acordo com padrões estabelecidos, sem tensões excessivas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; SICOTTE *et al.*, 1998).

Entretanto, como apontam Guisset *et al.* (2002), teoricamente nada permite provar que um modelo é melhor do que o outro. Contudo, devido sua abordagem fragmentada os modelos unidimensionais não conseguem dar conta da complexidade de uma organização de saúde (SICOTE *et al.*, 1998), surgindo os modelos multidimensionais que examinaram o

desempenho com o uso concomitante de dois ou mais modelos unidimensionais (BATTESINI, 1998; CHAMPAGNE *et al.*, 2011; QUINN; ROHRBAUGH, 1983; SICOTTE *et al.*, 1998; TCHOUAKET *et al.*, 2012).

3.2.1.2 Modelos multidimensionais para avaliação de desempenho

Os modelos multidimensionais têm sido cada vez mais utilizados para avaliar o desempenho das organizações do setor saúde. Silva *et al.* (2011) apontam que essa tem sido a abordagem mais utilizada atualmente por várias organizações internacionais a exemplo da Organização para Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo para a Comunidade das Nações, o Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde (ICIS), entre outros, que têm se debruçado sobre a elaboração de indicadores para avaliação do desempenho de organizações de saúde.

A seguir serão apresentados os principais modelos multidimensionais para avaliar o desempenho organizacional com destaque para os modelos mais utilizados para avaliar o desempenho dos sistemas de serviços de saúde. Champagne *et al.* (2011) e Viacava *et al.* (2004) diferenciam o sistema de saúde do sistema de serviços de saúde. Segundo esses autores o sistema de saúde engloba o conjunto de determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais e biológicos da saúde, enquanto o sistema de serviços de saúde faz parte do sistema de saúde e é constituído pelo conjunto de intervenções que tem como alvo problemas sociais ou de saúde específicos. O sistema de serviços de saúde possui vários subsistemas entre os quais se encontra a vigilância em saúde.

Klassen *et al.* (2010) realizaram uma revisão sistemática, no período de abril a maio de 2007, sobre modelos de avaliação do desempenho e para a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde, educação e de serviços sociais. Os autores destacam que entre os 111 artigos estudados 97 referiam-se ao setor saúde. Além disso, os modelos utilizados variavam em complexidade, desde aqueles utilizados para avaliar poucas categorias da qualidade de programas específicos, até modelos complexos para avaliar o desempenho do sistema de saúde. Em alguns estudos foram elaborados novos modelos enquanto que em outros os modelos foram adaptados ou apenas foram aplicações de modelos existentes. Entre estes se destacam o *Balanced Score Card* (BSC), criado por Kaplan e Norton e o modelo sistêmico (estrutura, processo e resultado), proposto por Donabedian (1988).

Valle (2004) cita as principais metodologias e modelos contemporâneos para avaliar o desempenho organizacional com destaque para o *Data Envelopment Analysis* (DEA ó análise

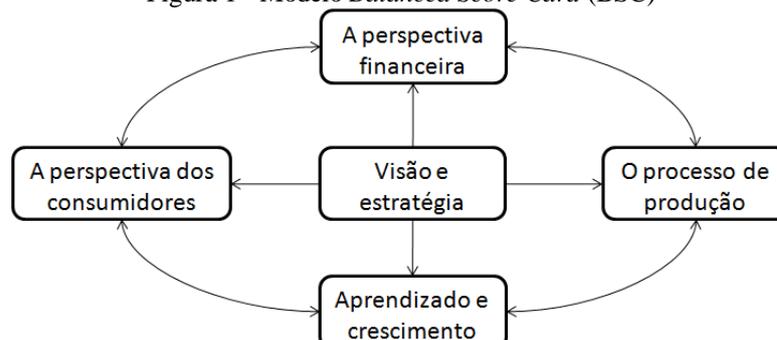
envoltória de dados), os métodos de pesquisa operacional, a probabilidade e a análise estatística, a *SMART Performance Pyramid* (metodologia da pirâmide SMART), o sistema de medição de desempenho integrado, o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e o BSC.

Esse autor cita que essas metodologias têm sido utilizadas exaustivamente para avaliar o desempenho organizacional do setor privado com potencial de uso no setor público desde que respeitados os preceitos técnicos, políticos e operacionais que regem o setor. Entre as metodologias estudadas o autor destaca o BSC por se constituir em um instrumento que objetiva a implantação de um sistema de gerenciamento do desempenho organizacional. Ressalta-se que este modelo apresenta uma aplicação bastante genérica, mas devido sua larga aplicação tem se mostrado útil para avaliação de organizações públicas de saúde (VALLE, 2004).

O BSC constitui-se em uma metodologia que busca avaliar, medir e aperfeiçoar o desempenho organizacional através de um conjunto de medidas balanceadas de desempenho, aplicando diversos indicadores financeiros e não-financeiros. Tais medidas são agrupadas em quatro dimensões: financeira, cliente, processos internos, aprendizado e crescimento (Figura 1). Essas dimensões devem ser analisadas permanentemente junto com os investimentos em qualificação dos recursos humanos e sistemas de informação que poderão contribuir de forma substancial na melhoria de todas as atividades realizadas na organização, ligadas por relações de causa-efeito (KAPLAN; NORTON, 2001).

No BSC o aprendizado e o crescimento são aspectos chave, porque formam a base da melhoria da qualidade e da inovação, sendo que neste modelo, a fonte de crescimento e aprendizado são os funcionários da empresa. Por meio de investimento contínuo a empresa passa a contar com um potencial intelectual grande, representando um avanço importante em relação às propostas tradicionais que focavam o conhecimento no ponto mais alto da instituição (KAPLAN; NORTON, 2001).

Figura 1 - Modelo *Balanced Score Card* (BSC)



Fonte: Kaplan e Norton (2001)

Além dos modelos que apresentam uma aplicação mais genérica em termos organizacionais, um conjunto de modelos foi elaborado para avaliar especificamente os Sistemas de Saúde. Entre esses se destacam os modelos propostos por agências internacionais como a OMS, OCDE e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (VIACAVA *et al.*, 2004) e iniciativas de diversos países com destaque para o governo Canadense que vem se empenhando na institucionalização de um sistema de gerenciamento do desempenho do sistema de saúde deste país (LAHEY; NIELSEN, 2013). No Brasil destacam-se dois modelos que se propõe avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro: o Programa para Avaliação do desempenho do Sistema de Saúde do Brasil (PROADESS) (VIACAVA *et al.*, 2004, 2012) e o Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011c).

O PROADESS traz como eixo transversal a equidade e é composto por três dimensões avaliativas: determinantes de saúde, condições de saúde da população e estrutura do sistema de saúde. Cada uma destas dimensões está articulada de forma a explicar o desempenho do sistema de saúde brasileiro avaliado em termos do acesso, aceitabilidade, respeito ao direito das pessoas, continuidade, adequação, segurança, efetividade e eficiência (VIACAVA *et al.*, 2004, 2012) (Figura 2).

O Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde tem como objetivo avaliar o desempenho do SUS considerando suas várias esferas de gestão com foco no acesso e na qualidade dos serviços. Utiliza o PROADESS como o modelo de sustentação teórica e propõe um índice composto denominado de Índice de Desempenho do SUS (ID-SUS) que agrega informações sobre a adequação rede de serviços e os resultados dos serviços prestados (BRASIL, 2011c).

Outro grupo de modelos pretende avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde. Nesse grupo encontram-se modelos com uma perspectiva analítica mais específica a exemplo do PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*), voltado para a avaliação do desempenho de unidades hospitalares (GROENE *et al.*, 2007), e outros modelos mais abrangentes que pretendem avaliar o desempenho do Sistema de Serviços de Saúde ou de seus componentes. Nesse último grupo destaca-se um conjunto de modelos que adotaram uma perspectiva teórico-metodológica em comum: a integração de vários modelos unidimensionais e a sustentação na teoria da ação social de Talcot Parsons (BATTESINI, 2008; CHAMPAGNE *et al.*, 2011; QUINN; ROHRBAUGH, 1983; SICOTTE *et al.*, 1998). O ponto de partida para elaboração destes modelos foi a visão abrangente do

funcionamento das organizações e a necessidade de integração entre os modelos utilizados pela teoria das organizações para avaliar o desempenho.

Figura 2 - Modelo do Programa para Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde - PROADESS



Fonte: Viacava *et al.* (2004)

Batesini (2008); Champagne *et al.* (2011); Guisset *et al.* (2002); Quinn e Rohrbaugh (1983); Sicotte *et al.* (1998) e Tchouaket *et al.* (2012) citam que a análise da literatura especializada aponta certo consenso em torno de quatro modelos (unidimensionais) dominantes que são utilizados mais frequentemente para avaliar o desempenho das organizações: o modelo racional ou de alcance de metas, o modelo das relações humanas, o modelo do sistema aberto e o modelo orientado para os processos internos. O conceito e a descrição destes modelos encontram-se no quadro 1.

O conceito de sistemas sociais serve de ponto de partida para a Teoria Geral da Ação elaborada por Parsons (1951, 1977). Segundo este autor, o conceito de sistema se refere às estruturas sociais relativamente estáveis, dentro de um limite definido de variações. Supõe-se, assim, que a constância no padrão de categorias estruturais tenha alguma significação empírica. Na dinâmica do sistema, a função é um conjunto de atividades destinadas a responder às necessidades do sistema, que são quatro, em sua versão elementar: adaptação,

que tem por finalidade o estabelecimento de relações entre o sistema e o meio exterior; perseguição dos objetivos, que define os fins do sistema e mobiliza energias e recursos para alcançá-los; a integração, que consiste na dimensão estabilizadora que coordena as partes, sua coerência e solidariedade, protegendo o sistema contra alterações bruscas e perturbações; e a latência que corresponde à espécie de depósito de motivação acumulada e difusora de energia, assegura a fidelidade dos atores às normas e valores que o sistema inspira. Esse conjunto de atividades é classificado segundo distinções de externo/interno e meios/objetivos, fornecendo ao sistema seu modelo funcional básico.

Assim, diversos autores identificaram a perspectiva de integração entre os modelos de avaliação organizacional com a teoria Parsoniana. Como afirmam Sicotte *et al.* (1998) e Gussiet *et al.* (2002), a pertinência do quadro conceitual da Teoria da Ação Social se justifica por sua capacidade de juntar diversas perspectivas de análise organizacional e vários conceitos e dimensões, tornando visíveis várias dimensões do desempenho que são normalmente negligenciadas. Segundo esses autores, essa abordagem permite apreender o desempenho em toda a sua complexidade e expandir o conceito para conservar uma visão mais ampla sobre ele.

Além da pertinência deste modelo em tornar claro os vários mecanismos na gestão do desempenho organizacional, Sicotte *et al.* (1998) pontuam a necessidade da verificação das tensões permanentes e contínuas, características das organizações de saúde.

Castro e Dias (2005) refletem que na Teoria da Ação Social o equilíbrio é o estado preferencial do sistema social. Apesar de se admitir que nenhum sistema social está sempre integrado e em equilíbrio, tendendo sempre a manifestação de comportamentos desviantes. Contudo, entender como ocorrem estes desvios e desequilíbrios é fundamental para avaliar o desempenho de organizações de saúde.

Assim, segundo a Teoria da Ação Social pode-se compreender as organizações de saúde enquanto um sistema social. Seus objetivos são definidos por seu lugar na sociedade, não apresentando apenas uma função econômica. Estas organizações são sistemas políticos com uma exigência de integração de seus diferentes componentes e da partilha de valores e cultura institucionais. Vista de fora a organização é um objeto destinado a preencher certo número de metas/objetivos, enquanto vista de dentro ela é um sistema sócio técnico (GUISSET *et al.*, 2002).

A partir das considerações acima será apresentado os principais modelos que tomaram por base a Teoria da Ação Social e a perspectiva integradora, bem como algumas de suas aplicações.

O modelo proposto por Quinn e Rorbaugh (1983) denominado de Modelo Espacial de Critérios de Efetividade para Análise Organizacional (Figura 3) é composto por três dimensões com dois eixos cada, são elas: preferência pelo foco (interno/externo); preferência pela estrutura (estabilidade/flexibilidade); e a preferência por resultados (meio/fins). A partir desta classificação e baseado nos modelos dos sistemas abertos, das metas racionais, dos processos internos e das relações humanas (Quadro 1) são elencado critérios para avaliar o desempenho organizacional. Esses autores identificaram uma abordagem de princípios que competem entre si, refletindo uma estrutura de modelos que também competem entre si no que diz respeito aos meios, fins, princípios de gestão e preferências estruturais. Ao utilizar modelos múltiplos de mesmo valor os autores pontuam que não pode haver modelo universal de desempenho organizacional e que o desempenho envolve negociações e gestão de paradoxos.

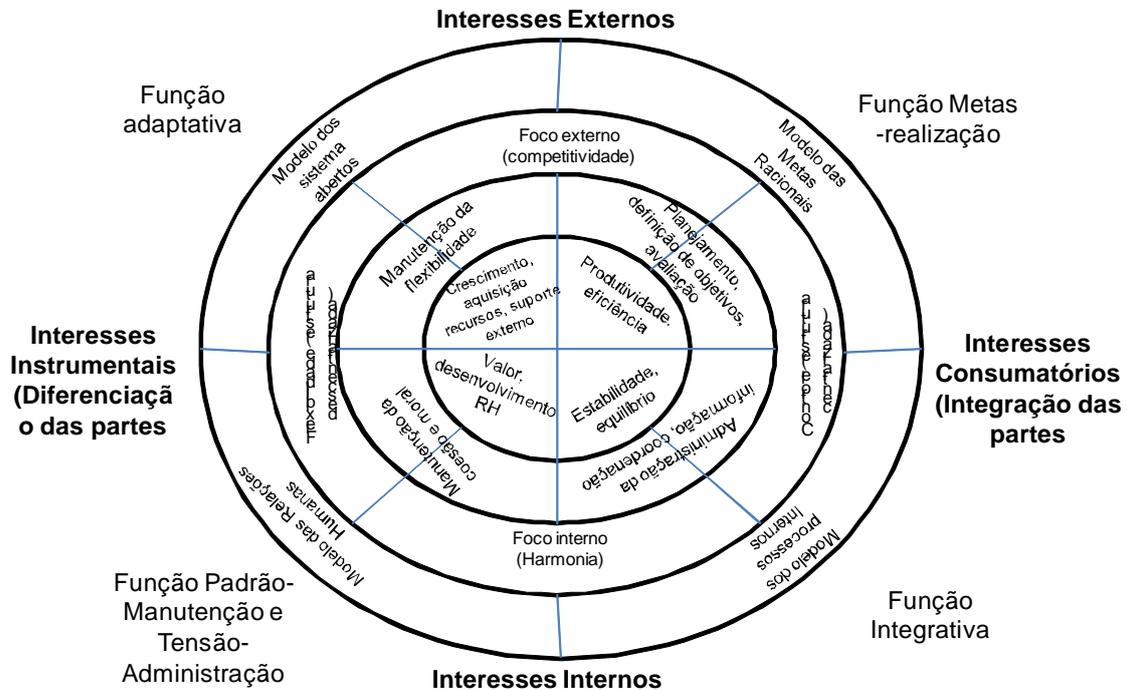
Segundo Sicotte *et al.* (1998) o estudo de Quinn e Rorbaugh (1983) foi uma das mais interessantes e convincentes tentativas de integrar a literatura especializada em desempenho, englobando as quatro abordagens citadas anteriormente: o modelo racional orientado por objetivos, o modelo das relações humanas, o modelo do sistema aberto e o modelo de processos internos. Além disso, esses autores destacam que a gestão de paradoxos é uma questão inerente às organizações de saúde e salientam que uma organização com alto nível de desempenho tem de possuir atributos que são simultaneamente contraditórios uma vez que [...] ao incrementar determinados aspectos do desempenho, o resultado pode ser outros aspectos com pior desempenho.

Assim, baseado no modelo de Quinn e Rorbaugh (1983) e nos trabalhos de Talcot Parsons (1951, 1977), o *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé* (GRIS) da Universidade de Montreal elaboraram um modelo integrador que também engloba os quatro modelos trabalhados no modelo espacial de Quinn e Rorbaugh (1983). Sicotte *et al.* (1998) apresentam os fundamentos do que irá constituir o Modelo de Avaliação Global e Integral da Performance de Sistemas de Saúde (*Évaluation Globale et intégrée de la Performance des Systèmes de Santé* ó EGIPSS) apresentado posteriormente por Champagne *et al.* (2011). Esse modelo será mais bem detalhado na próxima seção (1.2.2.4) e serviu de base para a avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco (artigo 3).

Por fim, como forma de delimitação teórica do desempenho de organizações de saúde será adotado o conceito proposto por Sicotte *et al.* (1998) que considera o desempenho "[...] uma construção multidimensional que remete a um julgamento elaborado através da interação

entre as partes interessadas sobre as qualidades essenciais e específicas que caracterizam o valor relativo da organização.

Figura 3 - Modelo Espacial de Critérios de Efetividade para Análise Organizacional



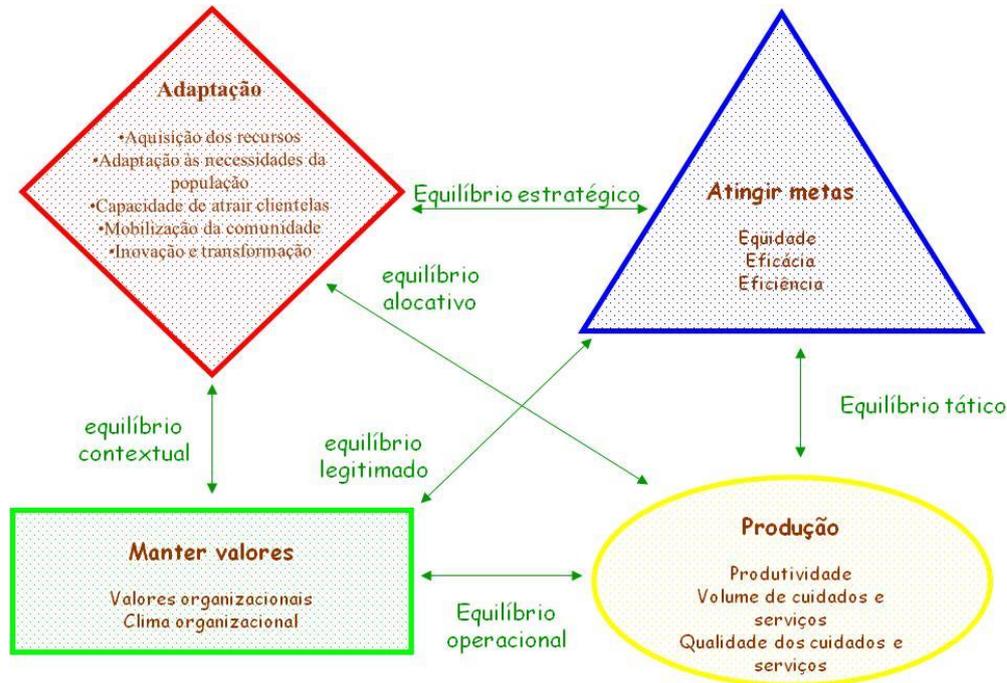
Fonte: Quinn e Rorbaugh (1983)

3.2.1.3 O Modelo EGIPSS de avaliação de desempenho

O modelo apresentado por Champagne *et al.* (2011) e Sicotte *et al.* (1998) trabalha as quatro funções do sistema de ação social (adaptação, alcance de objetivos/metasp, manutenção da cultura/valores e produção) e as inter-relações entre eles chamados de equilíbrios ou alinhamentos. Estes alinhamentos derivam seis tipos possíveis (estratégico, alocativo, tático, operacional, legitimação, contextual) que vão depender do equilíbrio dinâmico existente entre elas. Os equilíbrios expressam um estado de movimento contínuo de tensão-equilíbrio de dupla direção que explica o funcionamento do sistema de ação social. Esta é basicamente a estrutura do modelo EGIPSS e pode ser observado na figura 4.

As quatro funções essenciais que compõe o modelo EGIPSS (adaptação, alcance de metas, manutenção de cultura e valores e produção), bem como os alinhamentos existentes entre elas estão descritos nos quadros 2 e 3.

Figura 4 - Modelo EGIPSS para avaliação do desempenho de organizações de saúde



Fonte: adaptado de Champagne *et al.* (2011) e Sicotte *et al.* (1998)

Quadro 2 - Funções, definições e dimensões do modelo EGIPSS de avaliação de desempenho

Função	Definição	Dimensões
Adaptação	Interação do sistema com o seu ambiente, o que assegura a capacidade de obter recursos e adaptar-se às oportunidades e ameaças externas. Visa garantir sobrevivência institucional e crescimento	Aquisição de recursos Transformação
Alcance dos Objetivos /Metas	Capacidade em atender aos objetivos fundamentais, ou seja, fazer escolhas estratégicas que resultem no alcance dos objetivos propostos	Eficiência Eficácia Efetividade
Produção	Integração dos processos de trabalho, envolvendo a coordenação dos recursos e atores internos na condução de suas práticas	Coordenação Produtividade Qualidade
Manutenção da cultura e dos valores	Coesão do sistema sócio-técnico interno de atores, que caracteriza a produção e reprodução do sistema de valores que orientam a condução das demais funções	Princípios Organizacionais Qualidade de Vida no Trabalho

Fonte: adaptado de Champagne *et al.* (2011) e Sicotte *et al.* (1998)

Quadro 3 - Principais características dos alinhamentos do modelo EGIPSS de avaliação de desempenho

Alinhamento	Funções envolvidas	Características	Perguntas Avaliativas
Estratégico	Adaptação Metas	Compatibilidade entre as finalidades da organização e a capacidade de obtenção de recursos	A aquisição, transformação e distribuição de recursos são suficientes para alcançar os objetivos da organização? Os objetivos da organização são estrategicamente alinhados com o ambiente?
Alocativo	Adaptação Produção	Responsividade do subsistema de produção frente ao processo de obtenção de recursos, bem como a adequação deste frente às demandas de produção	Os serviços são produzidos e prestados da melhor forma possível, considerando-se as condições impostas pelo ambiente externo? As características referentes ao resultado controlam a organização em termos de adaptação?
Tático	Metas Produção	Capacidade dos mecanismos de gestão (estruturação organizacional e supervisão de processos) para alinhar o subsistema de produção para o alcance das metas, bem como a relevância da escolha das metas frente aos mecanismos de produção existentes	Os resultados de produção são adequados para potencializar o alcance de objetivos? A escolha dos objetivos é adequada aos cuidados prestados?
Operacional	Cultura Valores Produção	e Medida em que a cultura e os valores (ética e valores morais) conseguem mobilizar o subsistema de produção, bem como o impacto da demanda por resultados de produção sobre a cultura e os valores organizacionais	As estruturas organizacionais e processos de trabalho são coerentes com os princípios organizacionais? As práticas, padrões e normas adotadas na produção de serviços promovem a criação de princípios importantes?
Legitimação	Cultura Valores Metas	e Congruência entre as escolhas estratégicas (alcance de metas) e a cultura e os valores, bem como se estas metas contribuem para reforçar (ou minar) a cultura e os valores organizacionais	Os objetivos organizacionais são legítimos em relação aos princípios profissionais? Como as escolhas estratégicas (objetivos) estão reformulando os princípios organizacionais?
Contextual	Adaptação Cultura Valores	e Tentativas de a organização sobreviver. Capacidade da cultura e valores mobilizar a captação de recursos, assim como se este reforça (ou solapa) a cultura e valores da organização	As mudanças organizacionais são coerentes com a racionalidade dos princípios organizacionais? Como a disponibilidade de recursos, as mudanças quanto às necessidades da população e as novas tendências sociais estão reformulando os princípios organizacionais?

Fonte: adaptado de Champagne *et al.* (2011) e Sicotte *et al.* (1998)

Em resumo o modelo teórico para avaliar o desempenho de organizações de saúde proposto pelo grupo de Montreal (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; SICOTTE *et al.*, 1998)

considera o desempenho como um constructo multidimensional que deve permitir às partes interessadas debater e aprofundar o julgamento acerca de suas qualidades essenciais, levando em conta os indicadores de sucesso de cada uma das funções, mas também a natureza dinâmica de como se mantém em equilíbrio. O desempenho da organização deve também ser observado em relação à rede na qual interage e contribui para que ela também tenha um bom desempenho (HARTZ; FERRINHO, 2011).

Apesar das potencialidades deste modelo, poucos estudos o aplicaram para avaliar o desempenho de organizações de saúde. Tchouaket *et al.* (2012) referem que este modelo necessita ser bem trabalhado para definir empiricamente todos os componentes e as relações teóricas entre eles. Marchal *et al.* (2014) relatam a dificuldade em sua operacionalização que pode refletir no pequeno número de estudos que o aplicaram em toda a sua potencialidade.

Contudo, do ponto de vista teórico este modelo demonstrou ser adequado para avaliar organizações de saúde considerando sua complexidade e abrangência. Estudo realizado por Reis (2012) que comparou os principais modelos multidimensionais descritos na literatura para avaliação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde quanto sua capacidade de descrever, explicar e julgar a intervenção, demonstrou que o modelo EGIPSS apresenta a maior capacidade ou potência avaliativa por incorporar uma relação de complementaridade entre as diferentes dimensões do desempenho.

A seguir será ilustrada a aplicação do modelo EGIPSS em quatro estudos que avaliaram o desempenho de campos distintos como unidades hospitalares, vigilância sanitária (Visa) e atenção primária.

Guisset *et al.* (2002) avaliaram a concepção de desempenho dos profissionais e representantes sindicais de hospitais francófonos na Bélgica a partir do modelo teórico do desempenho elaborado por Sicotte *et al.* (1998). Os autores por meio de uma análise fatorial confirmam a percepção multidimensional do desempenho com divergências de opinião importantes entre as diferentes categorias profissionais sobre os elementos que caracterizam o hospital como eficiente.

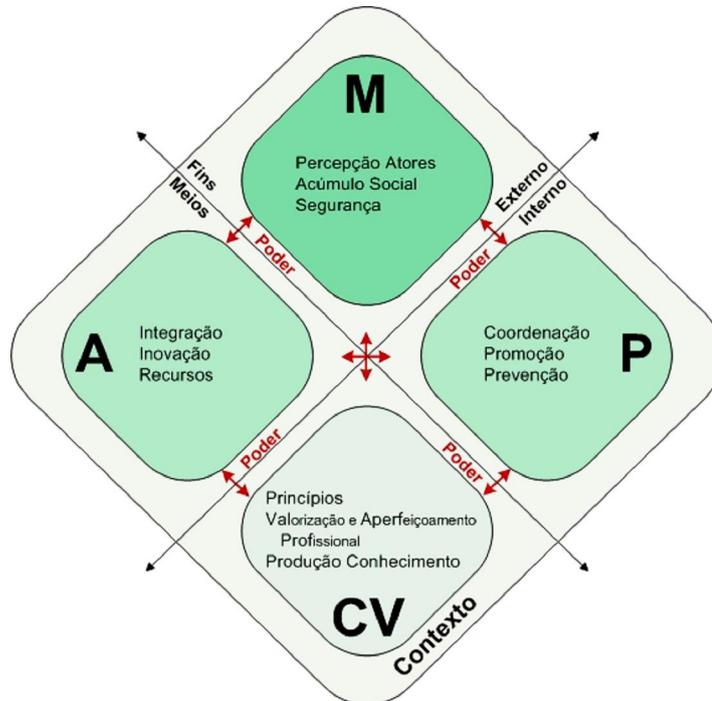
Contrandiopoulos *et al.* (2008) avaliaram o desempenho do sistema de atenção às urgências no estado de Goiás, Brasil, utilizando o modelo EGIPSS. Avaliaram-se três regiões de saúde (Entorno Norte/Nordeste, Entorno Sul e Pirineus) nos aspectos referentes ao atendimento pré-hospitalar fixo, móvel e ao atendimento hospitalar. Foram selecionados 85 indicadores e seu desempenho foi aferido a partir da comparação com a média estadual. A partir dos resultados encontrados procedeu-se a análise das inter-relações entre os indicadores por meio da elaboração de fichas técnicas e de modelos lógicos como forma de ampliar o

referencial analítico e apoiar a tomada de decisão. Das três regiões estudadas a Entorno Sul foi a que apresentou o desempenho global mais fraco, contudo podem-se observar diferenciais importantes quanto às dimensões/subdimensões problemáticas entre as regiões.

Champagne, Contrandiopoulos e Ste-Marie (2012) avaliaram o desempenho de 15 hospitais regionais do Mato Grosso do Sul por meio da aplicação do modelo EGIPSS. Foram selecionados 185 indicadores a partir de listas de indicadores relacionados aos diversos sistemas de avaliação de desempenho utilizados internacionalmente. Foram aplicados questionários para os profissionais que atuam nestes hospitais e para a população usuária do serviço. Procedeu-se a análise normativa do conjunto de indicadores que identificou as seguintes dimensões com um pior desempenho: na função adaptação ó disponibilidade de recursos, mobilização da comunidade e integração sistêmica; na função alcance de metas ó mortalidade geral; na função manutenção dos valores ó ambiente de trabalho, satisfação no trabalho, rotatividade dos profissionais; na função produção ó produtividade e qualidade.

Battesini (2008) avaliou o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito municipal. Para tanto, esse autor adaptou o modelo EGIPSS à realidade da Visa municipal. As principais alterações do modelo inicial foram: rotação anti-horária, posicionando a dimensão alcance de metas na parte superior, re-configuração visual da apresentação das quatro dimensões e de suas relações; adaptação das subdimensões do modelo ao contexto da Visa; inserção de uma base que visualmente apresenta o contexto de ação da Visa; e, a representação do poder, como elemento que atribui movimento e dinamiza as relações entre as dimensões estudadas (Figura 5). Por meio do uso de um questionário estruturado foram entrevistados técnicos, gestores e conselheiros de saúde. Os resultados evidenciaram um desempenho global regular, conformada por desempenhos também regulares nas quatro dimensões que compõem o modelo.

Figura 5 - Modelo Multidimensional para Avaliação do Desempenho da Vigilância Sanitária Municipal



Fonte: Battesini (2008)

Legenda: A- adaptação
 M- alcance de metas
 P- produção
 CV- cultura e valores

Silva *et al.* (2011) elaboraram uma abordagem multidimensional para avaliar a utilização dos serviços de atenção primária a saúde e seu desempenho com base no modelo teórico de Sicotte *et al.* (1998) e Starfield (1998). Os autores selecionaram indicadores representativos das dimensões: acessibilidade, continuidade e abrangência, e analisaram a interdependência entre elas indicando a dificuldade em se manter um equilíbrio entre a continuidade e a acessibilidade, características fundamentais para a efetividade da atenção primária a saúde.

Marchal *et al.* (2014), com base no modelo EGIPSS, elaboraram o modelo multipolar de avaliação de desempenho de serviços públicos de saúde. Estes autores incluíram elementos chave e conceitos de sistemas integrados de saúde para propor estratégia analítica que se divide em quatro fases: avaliação da dinâmica entre o alcance dos objetivos, a provisão dos serviços e a interação com o ambiente; avaliação dinâmica entre alcance dos objetivos, cultura e valores e interação com o ambiente; avaliação da influência de atores externos e avaliação dos valores formais e informais do serviço/sistema avaliado.

Diante do exposto, o modelo teórico EGIPSS por sua abrangência e possibilidades de aplicação se mostra como uma ferramenta analítica de grande potencial. Contudo, faz-se necessário adequá-lo à realidade brasileira e ao objeto de estudo, uma vez que este modelo foi pensado inicialmente para avaliar o desempenho de sistemas de saúde de países de economia central, e de dotá-lo de uma maior operacionalidade para que possa ser utilizado como uma ferramenta de gestão que permita uma melhoria contínua da qualidade, uma maior transparência e responsabilização dos envolvidos.

4 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- a) As profundas modificações normativas e operacionais que vêm passando o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para adequar-se aos princípios da descentralização e da integralidade;
- b) A ampliação no papel e no escopo de ações da vigilância em saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde;
- c) A garantia de repasses de recursos federais a estados e municípios para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde;
- d) O papel estratégico desenvolvido pelas Secretarias Estaduais de Saúde na condução do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde;
- e) A crescente demanda social por imputabilidade, transparência na gestão pública e oferta de serviços de qualidade;
- f) A importância crescente que o monitoramento e a avaliação de desempenho vêm sendo trabalhado por diversos organismos internacionais e países por todo o mundo;
- g) A profusão de modelos teórico-conceituais para avaliação do desempenho organizacional existentes na literatura;
- h) O papel exercido pela avaliação de desempenho no aperfeiçoamento dos processos de gestão e aprimoramento organizacional.

Diante destas considerações, a realização do presente se justificou pela:

- a) Necessidade de avaliar o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no seu componente estadual;
- b) Carência de propostas para o monitorar o desempenho estadual da vigilância em saúde;
- c) Escassez de estudos que avaliaram o desempenho do sistema de vigilância em saúde em consonância às especificidades e ao contexto brasileiro;
- d) Necessidade de reflexão sobre o uso dos processos avaliativos como uma estratégia que venha a promover aprendizagem organizacional;
- e) Possibilidade de contribuir na elaboração de mecanismos que promovam uma maior eficiência no gasto público, melhoria contínua na qualidade dos serviços ofertados e maior transparência nos resultados alcançados.

Assim, no presente estudo, pretendeu-se responder as seguintes perguntas avaliativas:

- a) Quais os componentes, indicadores e padrões que permitam as secretarias estaduais de saúde monitorarem o desempenho da vigilância em saúde?
- b) Quais as estratégias que permitem fomentar o uso do monitoramento e da avaliação de desempenho no âmbito estadual?
- c) Qual(is) os modelos teóricos para avaliar o desempenho vem sendo utilizados em países da América Latina?
- d) Qual o desempenho do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde em Pernambuco?
- e) Que condições caracterizam um desempenho excelente do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde em Pernambuco?
- f) Quais os elementos críticos para a melhora do desempenho do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde em Pernambuco?

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Identificar na literatura latino-americana os modelos de avaliação de desempenho de intervenções em saúde; e avaliar o desempenho da vigilância em saúde em Pernambuco

5.2 Específicos

- a) Elaborar instrumento para o monitoramento do desempenho da vigilância em saúde no âmbito estadual e propor estratégias de uso;
- b) Identificar na literatura dos países da América Latina os modelos utilizados para avaliar o desempenho de intervenções em saúde;
- c) Determinar o nível de desempenho da vigilância em saúde em Pernambuco;
- d) Analisar as interrelações entre as funções que constituem o desempenho da vigilância em saúde em Pernambuco;
- e) Identificar os elementos críticos que influenciam no desempenho da vigilância em saúde em Pernambuco.

6 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Os procedimentos metodológicos utilizados para a consecução dos objetivos da presente tese estão descritos detalhadamente nos três artigos que a compõe. A estratégia utilizada para a elaboração do instrumento de monitoramento da gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual (artigo 1) e para a avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco (artigo 3) foram: descrição da intervenção (delineamento do modelo lógico); elaboração das matrizes de monitoramento e de análise e julgamento, respectivamente; submissão dos referidos instrumentos a consulta com *experts* que atuam na área de avaliação e/ou vigilância em saúde.

Além disso, para o artigo 3, foi adaptado o modelo de Avaliação Global e Integral dos Sistemas de Saúde (EGIPSS) às peculiaridades da vigilância em saúde estadual. Procedeu-se a análise normativa, no qual foi comparado os resultados obtidos em cada indicador com um padrão ou norma e utilizou-se um sistema de escores para o julgamento de valor. Além disso, por meio de uma relação de arbitragem foram analisadas as inter-relações entre a função metas e as demais funções do modelo, procurando-se entender as influências das demais funções no alcance das metas estaduais da vigilância em saúde de Pernambuco. Utilizaram-se dados primários, coletados por meio de entrevistas com gerentes e técnicos utilizando-se instrumento semi-estruturado (APÊNDICE A), e, dados secundários dos sistemas de informação em saúde e documentos oficiais.

Para a revisão sistemática sobre os modelos de avaliação de desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina (artigo 2) foi elaborado protocolo de pesquisa que envolveu: concepção da pergunta de pesquisa, seleção das bases de dados, construção das chaves de busca, análise da concordância entre pares para a seleção dos textos científicos, reuniões de consenso com um terceiro pesquisador e análise da qualidade dos textos selecionados.

O presente estudo foi submetido à análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM / FIOCRUZ) (ANEXO A), garantido a confidencialidade das informações e o anonimato e dos participantes que foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCIDE B) com os potenciais riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, conforme resolução vigente do Conselho Nacional de Saúde.

7 ARTIGO 1 - MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: INSTRUMENTO E ESTRATÉGIAS DE USO

Neste artigo, foi proposto um instrumento para monitorar o desempenho da gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual, bem como foram delineadas estratégias que venham facilitar seu uso. Partiu-se de conceitos como envolvimento dos atores, responsabilização, transparência e melhoria da qualidade. Os instrumentos são dotados de flexibilidade para adequação a contextos diversos e imprimem ao monitoramento uma prática reflexiva capaz de promover o aprendizado pessoal e organizacional.

Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso

Monitoring of performance of health surveillance management: tools and strategies of use

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa ¹
Eronildo Felisberto ¹
Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra ¹
Eduarda Ângela Pessoa Cesse ²
Isabella Chagas Samico ¹

Abstract *A tool is proposed to monitor the performance of Health Surveillance at state level and strategies for broadening its use. The use of participatory methodologies in all stages of monitoring is recommended, from designing the tool to the analysis and interpretation of indicators. This can be a way of involving stakeholders and improving their joint responsibilities in decision-making, thus increasing the use of the monitoring tool. The monitoring instrument was built after the design of the logical model of the management of health surveillance and indicators of each component of management were submitted to a validation process. Monitoring is understood as a reflexive practice that promotes personal and institutional learning, continuous enhancement of management processes, greater transparency and accountability, besides its operational use for decision making.*

Key words: *Monitoring, Health Management, Surveillance, Health Evaluation*

Resumo *Propõe-se um instrumento para monitorar o desempenho da Vigilância em Saúde no âmbito estadual e estratégias para ampliar seu uso. Advoga-se o emprego de metodologias participativas em todas as etapas do monitoramento, desde a elaboração do instrumento até a análise e interpretação dos indicadores, como forma de envolver os interessados e (co)responsabilizá-los nas decisões tomadas, aumentando sua utilização. O instrumento de monitoramento foi construído após o delineamento do modelo lógico da gestão da vigilância em saúde e os indicadores representativos de cada componente da gestão passaram por processo de validação. Além de subsidiar a tomada de decisão, o monitoramento é entendido enquanto prática reflexiva capaz de promover o aprendizado pessoal e institucional, melhoria contínua dos processos de gestão, maior transparência e responsabilização.*

Palavras-chave: *Monitoramento, Gestão em saúde, Vigilância, Avaliação em saúde*

¹ Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, IMIP. R. dos Coelhos 300, Boa Vista. 50070-550 Recife PE. julimartins.costa@gmail.com

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz.

Introdução

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contemplado um conjunto de ações que envolvem o financiamento, a gestão e a organização da produção de serviços. A qualificação destas ações, e do próprio sistema, passa, dentre outras estratégias, pela definição e clareza dos objetivos institucionais, pelo acompanhamento sistemático do cumprimento das metas estabelecidas para o seu alcance, bem como pela capacidade de adaptação do sistema às necessidades e demandas sociais. Além disso, o processo de institucionalização do SUS, enquanto política de caráter interfederativo e intergovernamental, estabelece paulatinamente novas competências e responsabilidades para os entes federados que exigem uma intensa negociação e pactuação com influência no exercício da gestão setorial^{1,2}.

Neste contexto, as ações de vigilância em saúde (VS) vêm passando por profunda reorganização normativa e operacional para adequar-se aos princípios e diretrizes constitucionais do SUS de descentralização e integralidade. No que tange ao financiamento, observa-se a passagem da modalidade de convênios para formas de repasse fundo a fundo a partir de critérios epidemiológicos e populacionais. Do ponto de vista organizacional, foram definidas atribuições e competências para cada esfera de gestão evitando-se a descontinuidade e a superposição de ações^{3,4}.

As atribuições do nível estadual da VS incluem a formulação de políticas, a cooperação técnica, o planejamento e programação, o cofinanciamento, o desenvolvimento de recursos humanos, o monitoramento e a avaliação, além de execução de ações de vigilância de forma complementar quando constatada insuficiência dos municípios⁴. Assim, torna-se fundamental o fortalecimento deste nível de gestão. As ações estratégicas executadas no âmbito do estado atuam como um mecanismo indutor da descentralização e qualificação das ações de VS no nível local.

É inegável o avanço na execução das atividades de VS com a descentralização de responsabilidades e recursos para as Secretarias Estaduais e Municipais. Apesar da contemporaneidade deste processo, houve relativo atraso em relação às ações de assistência à saúde, uma vez que a formalização da criação e operacionalização dos sistemas locais de vigilância ocorreu a partir da promulgação da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996^{5,6}. Além disso, apenas em 2003 é que foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde, o que provocou

um profundo reordenamento político e gerencial na área da VS⁴.

A despeito dos avanços observados, a eficiência e a qualidade das ações ainda persistem como desafios. Neste sentido, o gerenciamento do desempenho da gestão da VS apresenta-se como uma estratégia fundamental para superar algumas das dificuldades anteriormente apontadas. Para tanto, faz-se necessário estabelecer estratégias de mensuração do desempenho e investir na qualificação e mobilização do corpo técnico e gerencial da VS, bem como na melhoria da informação⁷.

Dentre as estratégias citadas na literatura, o monitoramento e a avaliação do desempenho apresentam papel de destaque. Estes são entendidos como estratégias complementares que permitem dotar a gestão de maior responsabilidade, transparência e qualidade⁸.

Contudo, medir o desempenho é uma tarefa complexa e multidimensional por existir vários estilos de gestão e diversas definições e modelos de monitoramento e avaliação de desempenho⁷⁻¹⁰. Como afirma Pernelle⁹ existe uma estreita relação entre o estilo de gestão adotado e o conceito de desempenho seguido por cada organização. Esta relação é caracterizada pelo autor como hologramática na medida em que uma é o reflexo da outra. Entretanto, por meio dos sistemas de gerenciamento de desempenho as concepções tanto do estilo de gestão quanto de desempenho podem modificar-se, devido às múltiplas inter-relações e influências que existem entre eles.

Os sistemas de gerenciamento de desempenho, de forma geral, requerem articulação entre as atividades de monitoramento e de avaliação, de forma que permitam melhorar a governança e as práticas administrativas⁸. O monitoramento do desempenho recebe papel de destaque enquanto atividade inerente ao processo gerencial e é entendido como prática reflexiva de acompanhamento das intervenções, que permite uma apreciação continuada dos programas governamentais de modo a prover a administração de informações sintéticas que subsidiem o processo de tomada de decisão^{2,11}. Esta estratégia vem sendo utilizada por agências internacionais, como a dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional¹² e por governos de todo o mundo, a exemplo do Canadense⁸, como uma importante ferramenta indutora de mudanças.

Na literatura, pouco se discute sobre a prática e o uso do monitoramento. A maioria dos trabalhos está relacionada à avaliação de programas, serviços e sistemas de saúde. O monito-

ramento, por vezes, fica restrito a uma etapa anterior ou de subsídio à avaliação, sendo pouco exploradas suas potencialidades e perspectivas de uso na gestão em saúde.

Desta forma, este artigo apresenta um instrumento desenvolvido para monitorar o desempenho da gestão da VS no âmbito estadual e propõe estratégias de uso. Pretende-se, potencializar a prática do monitoramento, aumentar sua eficácia e contribuir para a melhoria da qualidade da gestão pública.

Os painéis de monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde

A elaboração dos painéis de monitoramento do desempenho da gestão da VS no âmbito estadual foi realizada de forma participativa com o envolvimento de técnicos e gestores que compõem a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE), e de pesquisadores que atuam na área de avaliação ou gestão em saúde, denominado grupo de *experts*, no período de maio a dezembro de 2011. Este grupo foi composto por: oito técnicos que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, vigilância ambiental e gerenciamento dos sistemas de informações; sete gestores (gerentes e diretores) da área da VS; e três pesquisadores.

Inicialmente, foi elaborado o modelo lógico da gestão da VS no âmbito estadual com o intuito de entender como cada componente da gestão contribui para o resultado final da VS. Esta etapa é considerada essencial na composição da arquitetura de sistemas de desempenho e irá ajudar na etapa posterior de seleção de indicadores⁸. Para isso, foi realizada análise documental dos instrumentos normativos que regem a área: Lei 8080/1990¹³, Portaria 3252/2009¹⁴, Decreto 7508/2011¹⁵; realizada consulta a textos sobre a vigilância em saúde^{3,4,6,16} bem como sobre o desempenho^{10,11,17,18}. Optou-se pela definição de desempenho proposta pela escola racional que afirma que uma organização apresenta um bom desempenho na medida em que atinge seus objetivos e metas¹⁰, por ser a mais utilizada na literatura, bem como por responder às expectativas dos envolvidos (técnicos e gestores).

A partir deste material foram identificados os componentes e subcomponentes da VS e descritos os recursos (humanos, materiais, financeiros e organizacionais), as atividades e os resultados esperados. Após este desenho inicial, o

modelo foi submetido ao grupo de *experts*, para correções e validação de seu conteúdo. Com os ajustes propostos o modelo lógico ficou composto por cinco componentes ou macrofunções e dezessete subcomponentes, assim distribuídos: (i) gestão financeira (alocação e execução): visa dotar a VS de uma maior eficiência; (ii) desenvolvimento da capacidade institucional (gestão de pessoas, assessoria técnica, monitoramento e avaliação): tem por objetivo promover os meios para dar respostas satisfatórias frente às demandas sociais; (iii) articulação (entre os componentes da vigilância, entre a vigilância e a atenção à saúde e intersetorial): tem por finalidade fortalecer o intercâmbio de práticas e saberes para atuação de forma integrada; (iv) informação e comunicação (estudos epidemiológicos, coleta, processamento, análise e disseminação): visa analisar todas as etapas do processo de produção/disseminação da informação, base para todo sistema de vigilância e (v) situação de saúde (doenças transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis, saúde ambiental e saúde do trabalhador): objetiva acompanhar a situação de agravos prioritários para o Estado (Figura 1).

Espera-se que com o desenvolvimento dessas macrofunções da gestão, somadas a uma estrutura física e organizacional adequada, recursos humanos capacitados e em quantidade adequada, um arcabouço normativo e legal que dê suporte às ações, bem como recursos financeiros suficientes, a gestão da VS consiga promover o aprimoramento institucional, um maior apoio aos municípios, o fortalecimento da gestão estadual, das ações intersetoriais, e qualificar a prevenção e o controle de agravos à saúde. Além disso, deve-se considerar que a gestão da VS estadual está inserida no contexto da Política Nacional de Saúde, da Política de Vigilância em Saúde, do Projeto de Governo do Estado e da Política Estadual de Saúde. Estas características contextuais trazem elementos que podem dificultar e/ou facilitar o desenvolvimento das ações da VS (Figura 1).

Ao término do delineamento da intervenção foi definida a periodicidade trimestral para o monitoramento. Esta foi baseada no entendimento do grupo de *experts* de que o monitoramento deve ser um instrumento de apoio à gestão devendo, assim, orientar a tomada de decisões e, neste caso, permitir que estas possam ser implementadas e continuamente (re)avaliadas. Assim, pretende-se atuar em uma perspectiva formativa que facilite o aprendizado pessoal e institucional.

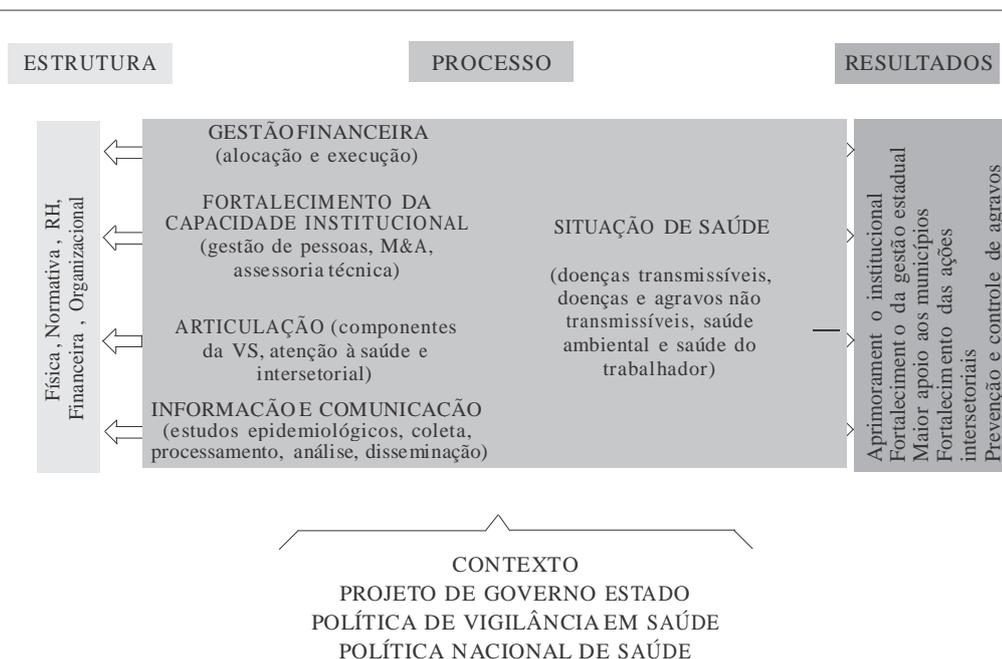


Figura 1. Modelo lógico da gestão da vigilância em saúde estadual

De posse do modelo lógico e definida a periodicidade do monitoramento foram elaborados dois painéis. O primeiro denominado nível central permite monitorar o desempenho estadual de forma global, e outro, denominado nível local permite verificar o desempenho a partir de suas unidades constituintes os municípios. Cada painel foi elaborado com a seguinte estrutura: critérios (atributo utilizado para mensurar os componentes), indicadores (medida ou fator quantitativo ou qualitativo utilizado para representar o critério a ele relacionado), padrões (valor de referência para cada indicador), fonte de informação (local onde os dados serão coletados).

No processo de seleção dos indicadores foi utilizado o conceito de condição traçadora proposto por Kessner et al.¹⁹ e adaptado aos objetivos deste estudo. Além disso, os indicadores foram selecionados de forma a constituir um instrumento simples, ágil e útil que facilite a comunicação entre os envolvidos na tomada de decisão, seguindo as recomendações de Tamaki et al.²⁰.

Após a seleção dos indicadores, procedeu-se a validação em três etapas. Na primeira foram analisadas a disponibilidade dos dados, a confiabilidade e a validade teórica e o constructo dos indicadores. A confiabilidade entendida enquanto a capacidade do indicador em medir fielmente um

fenômeno. A validade teórica se os elementos selecionados para medir uma construção teórica representam realmente todas as facetas importantes do conceito a ser medido, e a validade de construção que procura verificar a relação entre os conceitos teóricos e sua operacionalização¹⁰.

Seguindo o processo de validação (etapa 2), os critérios, os indicadores, os padrões e as fontes de informação foram discutidos, em uma oficina, com o grupo de *experts* (técnicos, gestores e pesquisadores) que sugeriu a retirada de alguns indicadores e a inclusão de outros. Nesta oficina, os *experts* foram divididos em três grupos de discussão para análise dos painéis.

A terceira etapa de validação consistiu na realização do estudo piloto com dados referentes ao ano de 2011 (último ano com banco de dados fechados). Este serviu para testar a operacionalidade do instrumento, a criação de fluxos internos e a estruturação de processos de trabalho. Além disso, foi identificada a necessidade de ajuste em quatro indicadores, para facilitar o entendimento dos técnicos, a realocação de um indicador entre os componentes e a exclusão de dois indicadores.

De posse dos indicadores partiu-se para a definição dos padrões/metras, considerado um aspecto crítico no monitoramento do desempe-

nho^{17,21}. Diante da variedade de indicadores selecionados adotou-se um modelo misto, para o qual foram consideradas as perspectivas: absoluta, onde os padrões/metastabelecidas são consideradas como o padrão a ser alcançado; histórica, onde se compara os resultados alcançados ao longo do período; e a negociada ou de compromissos, que se baseia em algum procedimento específico para sua fixação, normalmente decorrente de consensos entre as partes envolvidas²¹.

Desta forma, para alguns indicadores foram utilizados os instrumentos de planejamento (Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde, Plano de Ação da SEVS/PE e Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) para estabelecimento dos padrões/metastabelecidas. Para outros, que não estavam contemplados nestes instrumentos e possuíam banco de dados de qualidade, foi realizado estudo da série histórica e pactuado junto à área técnica o padrão/meta para o ano de 2012. E, para os demais, foi definido empiricamente junto ao grupo de *experts*.

Os padrões/metastabelecidas anuais foram escalonados por trimestre para os indicadores que tratassem de cobertura ou alguma outra atividade que necessitassem do período anual para o seu alcance. Como exemplo, tem-se o indicador percentual de realização de análises da vigilância da qualidade da água referente ao parâmetro coliformes totais, para o qual a meta do ano de 2012 foi de 35% do preconizado pela Diretriz Nacional. Assim, as metas escalonadas por trimestre foram de 5% no primeiro, 15% no segundo, 25% no terceiro e 35% no quarto trimestre, de forma que se possa acompanhar a tendência do alcance da meta para o período.

Desta forma, seu desempenho é verificado em relação ao parâmetro estabelecido para o trimestre e sua evolução temporal. Já para o conjunto de indicadores que possuem um parâmetro fixo, que não necessitem de análise cumulativas, a análise é realizada no trimestre e seu desempenho é considerado tanto em relação ao parâmetro quanto ao resultado do trimestre anterior. Como valores de referência propõem-se os pontos de corte utilizados na Programação de Ações da Vigilância em Saúde (PAVS)²² por ser uma sistemática já consolidada em nosso país. Assim, o padrão/meta é considerado alcançado quando atinge 100%; de 79,9 a 75,0% parcialmente alcançado, e menor do que 75,0% não alcançado.

Como fonte de informação para preenchimento dos painéis priorizou-se o uso dos sistemas de informação em saúde (Sistema de infor-

mação sobre Mortalidade ó Sim, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos ó Sinasc e Sistema de Informação de Agravos de Notificação ó Sinan), bem como outras fontes complementares de informação como atas das reuniões dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde e dos Colegiados Intergestores Bipartite (CIB) e Intergestores Regionais (CIR), setor de finanças e de gestão de pessoas.

Os painéis de monitoramento do desempenho da gestão da VS no âmbito estadual ó nível central e nível local ó podem ser visualizados nos Quadros 1 e 2, respectivamente. No total, encontra-se um rol de 44 indicadores (24 do nível central e 20 do nível local) que contemplam informações sobre a gestão financeira, a gestão de pessoas, a articulação intra e intersetorial, a gestão da informação e a comunicação social, bem como indicadores de situação de saúde que expressam o resultado final das ações de VS.

As estratégias de uso dos instrumentos de monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde

A disponibilidade dos instrumentos de monitoramento do desempenho da gestão não garante seu uso, bem como a realização de avaliações não garantem que seus resultados sejam utilizados⁸. O uso não ocorre naturalmente, ele necessita ser facilitado²³, interagir com os processos e os procedimentos organizacionais²⁴ e fazer parte da cultura das lideranças e dos canais de comunicação²⁵. Desta forma, as reflexões sobre a natureza, as causas e os determinantes do uso das avaliações^{23,26} serviram de subsídio para a proposição de estratégias de uso dos instrumentos de monitoramento no cotidiano da prática gerencial da VS.

Além disso, foram utilizados os trabalhos realizados por Preskill e Caracelli²⁴ e Fleisher e Christie²⁷ que identificaram os fatores que mais influenciam no uso das avaliações com destaque para a participação dos interessados no processo avaliativo e o papel do avaliador enquanto facilitador, comprometido com a promoção da aprendizagem organizacional. Também a ponderação avaliativa proposta por Patton²³, que se caracteriza por uma forma de pensar as conexões entre a ação e a reflexão, mediante a qual os envolvidos: (i) ponderam a evidência, (ii) consideram as contradições, inconsistências e os valores articulados, (iii) interpretam descobertas e (iv) examinam suposições para analisar a realidade e reconstruí-la.

Quadro 1. Painel de monitoramento do desempenho da gestão no âmbito estadual ó *Nível Central*

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Gestão financeira				
Subcomponente: Execução financeira				
% de execução dos recursos do piso fixo e variável da vigilância e promoção da saúde (PFVVPS)	Identificar a capacidade de execução orçamentárias dos recursos da Vigilância em Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde	Setor de finanças da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS)	Recursos dos (PFVVPS) executados (em R\$) até o trimestre avaliado/total de recursos do PFVVPS (em R\$) no ano corrente x 100	> 80% anual (20% até o 2º trimestre, 40% até o 3º trimestre e 80% ao final do exercício) OBS: 1º trimestre não avaliado devido a 1ª parcela ser transferida no mês de abril
Componente: Fortalecimento da Capacidade Institucional				
Subcomponente: Gestão de pessoas				
% de gerentes e coordenadores com especialização em sua área de atuação	Verificar a qualificação dos gestores da vigilância do nível central	Diretorias da SEVS	Nº de gerentes e coordenadores com especialização em sua área de atuação / total de gerentes e coordenadores x 100	> 80%
Componente: Articulação				
Subcomponente: Articulação entre os componentes de Vigilância em Saúde				
% de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com discussões de temas da Vigilância	Fomentar a integração e articulação da vigilância no âmbito estadual	Ata das reuniões da CIB	Nº de reuniões da CIB com discussão de temas da VS no trimestre / Total de reuniões no trimestre x 100	> 30%
Número de reuniões entre as áreas da Vigilância em Saúde (Diretorias)	Verificar a continuidade dos processos de integração e articulação internas	Ata das reuniões	Número absoluto	3 no trimestre
Subcomponente: Articulação entre a Vigilância e Atenção à Saúde				
% de Regionais de Saúde com grupo técnico de estudos da mortalidade materna em funcionamento	Estabelecer estratégias de atuação conjunta entre a Atenção e vigilância em saúde	Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância epidemiológica (DG-IAEVE)	Nº de regionais com comitês de estudos da mortalidade materna em funcionamento no trimestre/total de Regionais x 100	> 40% Obs: GT em funcionamento ó realização de reuniões sistemáticas a partir da ocorrência do óbito

continua

Espera-se superar o uso instrumental²⁶ que visa exclusivamente à orientação para a tomada de decisão, por uma perspectiva emancipatória. Por meio do compromisso com um processo ativo de aprendizagem no qual não apenas os produtos são valorizados, mas todo o processo de produção, pretende-se permear a prática da gestão da VS estadual, favorecendo mudanças institucionais por meio de um processo conjunto de análises, interpretações e atribuição de novos significados às rotinas^{25,28}.

Assim, as bases para a utilização dos painéis de monitoramento estão ancoradas no: (i) envolvimento dos interessados, (ii) diálogo permanente, (iii) comprometimento, (iv) engajamento, (v) responsabilização, (vi) transparência e (vii) prestação de contas.

A utilização de metodologias participativas deve permear todo o processo, desde a elaboração dos instrumentos até a análise e interpretação dos indicadores, realizados em conjunto em reuniões/sessões trimestrais de monitoramento.

Quadro 1. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Informação e Comunicação				
Subcomponente: Coleta				
% de casos detectados de hanseníase em relação aos esperados	Verificar a subnotificação de agravos prioritários	Sinan	Nº de casos de hanseníase detectados até o trimestre/total de casos esperados de hanseníase até o trimestre x 100	> 90% Obs: total de casos esperados no trimestre - Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5% / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) estadual	Verificar a captação de óbitos (coleta das declarações de óbito)	SIM	Nº de óbitos captados pelo SIM até o trimestre/Total de óbitos esperados até o trimestre x 100	> 90% Obs: 1) Para o cálculo dos casos esperados foi utilizado o fator de correção estabelecido pelo MS 2) casos esperados até o trimestre - Nº de óbitos esperados/4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	Verificar a captação de nascidos vivos (NV) (coleta das declarações de nascido vivo)	Sinasc	Nº NV captados pelo Sinasc até o trimestre/Total de nascidos vivos esperados até o trimestre avaliado x 100	> 95% Obs: 1) Para o cálculo dos NV esperados foi utilizado o fator de correção estabelecido pelo MS 2) NV esperados até o trimestre - Nº de NV esperados / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Subcomponetente: Processamento				
% de investigação de óbitos maternos declarados em tempo oportuno	Verificar o processamento das informações de eventos prioritários	SIM	Nº de óbitos maternos declarados investigados em tempo oportuno até o trimestre avaliado / Total de óbitos maternos declarados notificados até o trimestre x 100	100% Obs: Tempo oportuno: até 120 dias da ocorrência do óbito
% de investigação de óbitos infantis em tempo oportuno	Verificar o processamento das informações de eventos Prioritários	SIM	Nº de óbitos em menores de um ano investigados em tempo oportuno até o trimestre avaliado / Total de óbitos em menores de um ano notificados até o trimestre x 100	50% Obs: 1) Tempo oportuno: até 120 dias da ocorrência do óbito 2) Exclui os óbitos fetais
Subcomponente: Análise				
% de encerramento oportuno das doenças agudas de notificação compulsória	Verificar a qualidade da informação	Sinan	Nº de casos de doenças agudas de notificação compulsória encerradas em tempo oportuno até o trimestre / Total de casos de doenças agudas de notificação compulsória	> 80%
% de óbitos com causa definida	Verificar a qualidade da informação	SIM	Nº de óbitos com causa definida até o trimestre / Total de óbitos até o trimestre x 100	> 95%

continua

Quadro 1. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Informação e Comunicação				
Subcomponente: Disseminação				
Nº de Boletins (ou similar) produzidos e encaminhados aos municípios, sociedade civil ou imprensa	Verificar a disseminação de informações	Diretorias das SEVS	Nº absoluto	33/ano (8 no 1º, 16 até o 2º; 24 até o 3º e 33 até o 4º trimestre)
% de Reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES) com discussão de temas da Vigilância em Saúde	Alimentar o controle social, aumentar a autonomia do cidadão	Ata do CMS	Nº de reuniões do CES com discussões de temas da VS no trimestre/Total de reuniões do CES no trimestre	> 30%
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças transmissíveis				
Nº de óbitos por dengue	Verificar a gravidade dos casos	Sinan	Número absoluto até o trimestre	< 49 (<12 no 1º, < 24 até o 2º, < 36 até o 3º e < 49 até o 4º) Obs: para definição do padrão utilizou-se a recomendação do MS em diminuir em 10% os óbitos em relação ao ano anterior
% de encerramento por cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero (TB)	Verificar o êxito do programa de controle da tuberculose	Sinan	Nº de casos novos de TB que apresentaram situação de encerramento com cura até o trimestre/Total de casos de TB notificados até o trimestre x 100	> 75%
% de realização de cultura entre casos de retratamento de Tuberculose	Verificar a qualidade na atenção aos pacientes com Tuberculose	Sinan	Nº de casos de retratamento de tuberculose com cultura realizada até o trimestre/Total de casos de retratamento de tuberculose até o trimestre x 100	> 35%
% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, expressando sua efetividade em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, reduzindo assim, os focos de contágio da doença e contribuindo para prevenir incapacidades físicas	Sinan	Número de casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco, diagnosticados nos anos das coortes e curados até o trimestre/Total de casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco e diagnosticados nos anos das coortes x 100	> 85% OBS: ano das coortes 1) 2011 para os paucibacilares 2) 2010 e 2011 para os multibacilares
% de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	Captar casos novos de hanseníase em etapas iniciais da doença	Sinan	Nº de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco diagnosticados até o trimestre/nº total de contatos intradomiciliares registrados referente aos casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco diagnosticados até o trimestre x 100	> 60%

continua

Quadro 1. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças transmissíveis				
Nº de casos de Aids em menores de 5 anos	Verificar a ocorrência da transmissão vertical de HIV	Sinan	Nº absoluto até o trimestre	15/ano (3 no 1º trimestre, 7 até o 2º trimestre; 11 até o 3º e 15 no ano)
Nº de casos de sífilis congênita	Verificar a ocorrência da transmissão vertical da sífilis	Sinan	Nº absoluto até o trimestre	650/ano (163 no 1º trimestre, 326 até o 2º trimestre; 488 até o 3º e 650 no ano)
% de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial específico	Identificar a etiologia das meningites bacterianas	Sinan	Nº de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial até o trimestre/Total de casos de meningites bacterianas confirmadas até o trimestre x 100	> 56%
Coefficiente de letalidade por leishmaniose visceral	Verificar a efetividade do programa de controle da leishmaniose visceral	Sinan	Nº de óbitos por leishmaniose visceral até o trimestre/Total de casos de leishmaniose visceral notificados até o trimestre x 100	< 5,6%
Subcomponente: Doenças e agravos não transmissíveis				
% de Unidades sentinelas de informações de acidente de transporte terrestre (USIATT) com envio regular do banco de dado	Verificar a regularidade no envio de informação pelas USIATT	Diretoria Geral de Promoção, monitoramento e avaliação da Vigilância em Saúde (DG-PMAVS)	Nº de USIATT com envio regular do banco de dados no trimestre/Total de USIATT x 100	100% OBS: envio regular até o dia 10 de cada mês (pelo menos 2 meses no trimestre)
Subcomponente: Vigilância ambiental				
% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente aos parâmetros coliformes totais.	Monitorar a qualidade da água, para o parâmetro coliforme total, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano	SISÁgua	Nº de amostras de coliformes totais realizadas pela vigilância até o trimestre/total de amostras de coliformes totais preconizadas pela Portaria nº 2914/2011 ²⁹ x 100	>35% / ano (5% no 1º trimestre, 15% até o 2º trimestre; 25% até o 3º e 35% no ano)

Todo o corpo gestor (Secretário, Diretores, Gerentes e Coordenadores) deve estar envolvido com o intuito de: (i) identificar as estratégias de intervenções mais adequadas, (ii) avaliar as estratégias traçadas, (iv) responsabilizar os envolvidos e (v) socializar as informações. Além disso, a literatura tem apontado vantagens na análise de informações em equipe, uma vez que o grupo

apresenta uma maior capacidade de processamento da informação do que a soma das capacidades individuais de seus integrantes trabalhando isoladamente^{30,31}.

Destaca-se a importância do papel desenvolvido pelo gestor enquanto um facilitador do aprendizado²⁴ que deve mobilizar a equipe e estimular que as discussões ocorram de forma de-

Quadro 2. Painel de monitoramento do desempenho da gestão no âmbito estadual óNível Local

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Gestão financeira				
Subcomponente: Execução financeira				
% de municípios com envio irregular do SIM, Sinasc e Sinan	Monitorar a regularidade do banco de dados do Sim, Sinasc e Sinan para evitar o bloqueio no repasse de recursos do Piso da Vigilância e Promoção da Saúde	Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância epidemiológica (DG-IAEVE)	Nº de municípios com envio irregular do Sim, Sinasc ou Sinan no trimestre/Total de municípios x 100	0%
Componente: Fortalecimento da Capacidade Institucional				
Subcomponente: Gestão de pessoas				
% de municípios com o gestor da vigilância em saúde com especialização (* <i>Latu</i> ou <i>Stricto Sensu</i> em vigilância em saúde, epidemiologia, saúde pública / coletiva, ou área afim)	Verificar a qualificação dos gestores da vigilância no âmbito municipal	Gerência Regional de Saúde (GERES)	Nº de gestores da vigilância em saúde dos municípios com especialização* no trimestre/total de municípios x 100	> 60%
Componente: Articulação				
Subcomponente: Articulação entre os componentes de Vigilância em Saúde				
% de reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) com discussões de temas da Vigilância em Saúde	Fomentar o processo de discussão da Vigilância em saúde nas CIR	Ata das reuniões	Nº de reuniões da CIR com discussão de temas da VS/total de reuniões x 100	> 30%
Subcomponente: Articulação entre a Vigilância e Atenção à Saúde				
% de municípios > 50 mil hab. com grupo técnico (GT) para discussão de óbitos maternos em funcionamento	Fortalecer estratégias de atuação conjunta entre a Atenção à saúde e a VS	Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância epidemiológica (DG-IAEVE)	Nº de municípios > 50 mil hab com GT de discussão de óbitos maternos em funcionamento/total de municípios > 50 mil hab. x 100	100%

continua

mocrática e participativa, aumentando o envolvimento, a sensação de pertencimento e a responsabilização dos envolvidos, o que contribui para a qualificação das ações e o fortalecimento da capacidade de gestão da VS.

Para tanto, os dados devem ser organizados e sistematizados de forma a facilitar o diálogo e o acompanhamento dos indicadores e dos encaminhamentos realizados. Esta questão é considerada um aspecto crítico no uso das avaliações⁸. Na Figura 2 observa-se o layout da apresentação utilizada nas reuniões de monitoramento. Nela

pode-se observar: (a) o componente e o subcomponente; (b) o indicador e a meta/padrão; (c) os resultados e respectivo status (padrão/meta alcançada, não alcançada e parcialmente alcançada) por trimestre; e (d) espaço denominado de nota técnica, no qual são redigidas particularidades técnicas e um maior detalhamento do indicador, bem como as estratégias de superação dos problemas identificados.

Outro aspecto que facilita a operacionalidade e aumenta a adesão é o registro em ata, na qual é explicitado o assunto discutido, os enca-

Quadro 2. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Informação e Comunicação				
Subcomponente: Coleta				
% de municípios com pelo menos 90% do número de casos notificados de hanseníase ao esperado	Verificar a subnotificação de agravos prioritários	Sinan	Nº de municípios com pelo menos 90% do número de casos notificados de hanseníase igual ao esperado até o trimestre/total de municípios x 100	75% Obs: total de casos esperados no trimestre. Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5%/4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
% de municípios com cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) > 90%	Verificar a captação de óbitos	SIM	nº de municípios com cobertura do SIM > 90% até o trimestre/total de municípios x 100	> 90% Obs: total de casos esperados no trimestre Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5% / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
% de municípios com cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) > 95%	Verificar a captação de nascidos vivos	Sinasc	Nº de municípios com cobertura do Sinasc > 95% até o trimestre/total de municípios x 100	> 90% Obs: total de casos esperados no trimestre Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5% / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Subcomponente: Processamento				
% de municípios que investigaram 100% dos óbitos maternos declarados em tempo oportuno	Identificar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes	SIM	Nº de municípios com 100% dos óbitos maternos declarados investigados em tempo oportuno até o trimestre/total de municípios que tiveram óbitos maternos até o trimestre x 100	100% OBS: tempo oportuno -120 dias da ocorrência do óbito
% de municípios com pelo menos 50% dos óbitos infantis investigados em tempo oportuno	Identificar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes	SIM	Nº de municípios com pelo menos 50% dos óbitos infantis investigados em tempo oportuno até o trimestre/total de municípios que tiveram óbitos infantis notificados até o trimestre x 100	100% OBS: 1) tempo oportuno - 120 dias da ocorrência do óbito 2) exclui os óbitos fetais
Subcomponente: Análise				
% de municípios com encerramento oportuno > 80% doenças agudas de notificação compulsória (DANC)	Verificar a agilidade do sistema de Vigilância epidemiológica	Sinan	Nº de municípios com encerramento oportuno > 80% de DANC até o trimestre/Total de municípios com DANC notificadas até o trimestre x 100	> 45%
% de municípios com pelo menos 90% de causa de óbito definida	Verificar a qualidade da informação e a qualidade /acesso à assistência	SIM	Nº de municípios com pelo menos 90% de causa de óbito definida no trimestre/total de municípios x 100	100%
Subcomponente: Disseminação				
% de municípios que discutiram pelo menos uma pauta de Vigilância em Saúde no Conselho Municipal de Saúde (CMS) no trimestre	Alimentar o controle social, aumentar a autonomia do cidadão	Ata do CMS	Nº de municípios que discutiram pelo menos uma pauta da VS no CMS no trimestre/total de municípios x 100	> 80%

continua

Quadro 2. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças transmissíveis				
% de municípios que obtiveram > 75% de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero	Verificar o êxito do Programa de Controle da Tuberculose	Sinan	Nº de municípios que obtiveram > 75% de cura dos casos novos de TB até o trimestre/total de municípios que tiveram casos diagnosticados de tuberculose até o trimestre x 100	> 50%
% de municípios que obtiveram > 25, 50, 75, 85% (por trimestre, respectivamente) de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, expressando sua efetividade em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, reduzindo assim, os focos de contágio da doença e contribuindo para prevenir incapacidades físicas	Sinan	Nº de municípios que obtiveram > 25, 50, 75, 85% (por trimestre, respectivamente) de cura dos casos novos de hanseníase até o trimestre avaliado/Total de municípios com casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes x 100	> 75%
% de municípios que tiveram casos notificados e examinaram > 60% dos contatos intradomiciliares de hanseníase no período avaliado	Verificar a captação de casos novos de hanseníase em estágios iniciais	Sinan	Nº de municípios que tiveram casos notificados e examinaram > 60% dos contatos intradomiciliares de hanseníase até o trimestre/ Total de municípios que tiveram casos novos até o trimestre x 100	> 50%
% de municípios que notificaram pelo menos um caso de hepatite B ou C	Estimular a notificação de casos de hepatites virais (B ou C)	Sinan	Nº de municípios que notificaram pelo menos um caso suspeito de hepatites virais (B ou C) até o trimestre/total de municípios x 100	> 90%/ano (45% no 1º trimestre, 60% até o 2º trimestre; 75% até o 3º e 90% no ano)
% de municípios que notificaram pelo menos um caso de sífilis congênita	Estimular a notificação dos casos de sífilis congênita	Sinan	Nº de municípios que notificaram pelo menos um caso de sífilis congênita até o trimestre/total de municípios x 100	> 90%/ano (45% no 1º trimestre, 60% até o 2º trimestre; 75% até o 3º e 90% no ano)

continua

minhamentos, os prazos e os responsáveis. Além disso, é necessário que a execução dos aspectos registrados em ata sejam monitorados para que os objetivos traçados sejam alcançados.

Considerações Finais

A Vigilância em Saúde pode ser entendida como um subsistema do Sistema Nacional de Saúde e como tal as preocupações em torno da qualifica-

ção dos processos de gestão se fazem presentes. Contudo, considerando as especificidades e as peculiaridades das Secretarias Estaduais de Saúde e os graus variados de implantação e descentralização das ações de VS, não se pretende que o instrumento apresentado seja rígido, reproduzível em todos os estados. Pretende-se, sobretudo, contribuir com a concepção teórica na construção e elaboração deste tipo de instrumento e fomentar o debate acerca de sua aplicabilidade e utilização. Os painéis podem e devem ser adap-

Quadro 2. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças e agravos não transmissíveis				
Nº de municípios com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas	Verificar a cobertura da notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências	Sinan	Nº absoluto	41 municípios (30 no 1º trimestre, 33 até o 2º trimestre; 37 até o 3º e 41 no ano)
Nº de municípios com notificação da intoxicação exógena implantada	Verificar a cobertura da notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências	Sinan	Nº absoluto	44 municípios (32 no 1º trimestre, 36 até o 2º trimestre; 40 até o 3º e 44 no ano)
Subcomponente: Vigilância ambiental				
% de municípios que realizaram pelo menos 5, 15, 25, 35% (no trimestre, respectivamente) das análises da qualidade da água para o parâmetro de coliformes totais	Monitorar a qualidade da água, para o parâmetro coliforme total, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano	SISÁgua	Nº de municípios que realizaram pelo menos 5, 15, 25, 35% (no trimestre, respectivamente) das análises da qualidade da água para o parâmetro de coliformes totais no trimestre/total de municípios x 100	> 30%

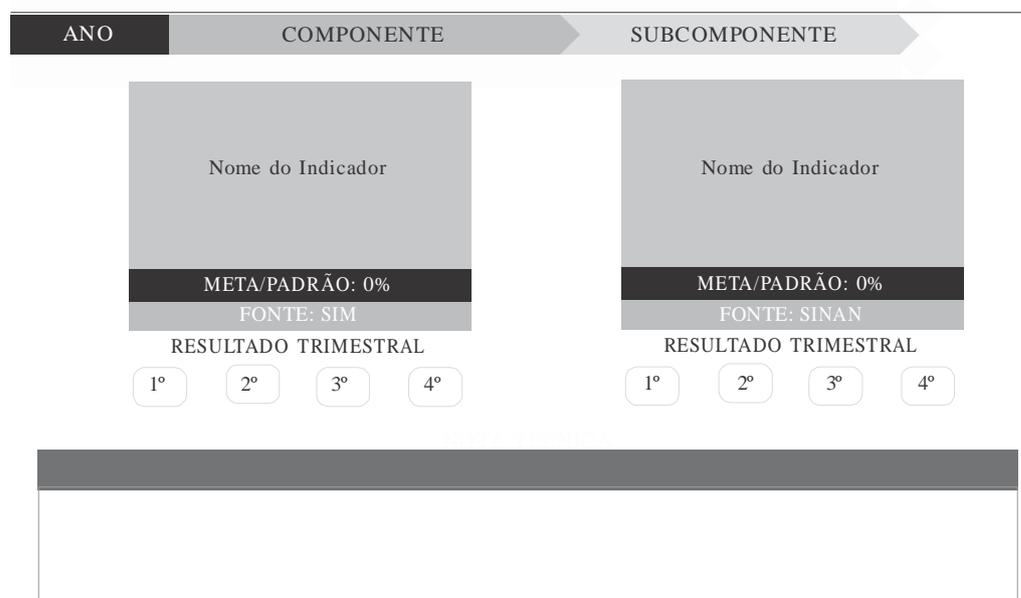


Figura 2. Layout das apresentações das reuniões de monitoramento da gestão da vigilância em saúde estadual

tados às necessidades e realidades locais com a inclusão (ou exclusão) de indicadores ou de componentes e subcomponentes a depender do contexto loco-regional.

A escolha dos indicadores dependerá de quais aspectos da gestão serão mensurados/monitorados, da disponibilidade de informação e dos recursos (financeiros e humanos) empregados para esta atividade. Além disso, o seu nível de desagregação pode variar em função de necessidades específicas e prioridade de cada ente federado.

Outra questão que merece destaque é a revisão periódica do modelo lógico, no intuito de readequá-lo, para contemplar novos aspectos ou outros não previstos que aparecem com o desenvolvimento dos processos de gestão e até mesmo devido a características contextuais que imprimem a necessidade de monitorar determinados aspectos não pensados/priorizados anteriormente, a exemplo da estruturação dos Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP)¹⁵. Ressalta-se também a necessidade de ajustes periódicos nos padrões estabelecidos, uma vez que um dos objetivos dos painéis é acompanhar as variações ocorridas no decorrer do tempo e ser indutor de mudanças. Uma vez atingido determinada meta deve-se ajustá-la com o intuito de promover melhoria contínua dos resultados institucionais.

Os conceitos apresentados na literatura acerca da prática de monitoramento focam eminentemente sua função instrumental. Considerada como um acompanhamento sistemático e contínuo de informações relevantes que auxilia o processo de tomada de decisão, esta prática torna-se muitas vezes restrita a ações repetitivas, irrefletidas e burocráticas que não permitem a interpretação das mudanças no contexto das ações, apresentando uma simplificação exagerada da realidade, que cega os agentes a aspectos importantes da organização como um todo. Por vezes, é utilizada no sentido punitivo de identificar unicamente erros ou desvios, perdendo-se a oportunidade de fazer deste processo uma prática formativa onde erros e falhas,

resultantes de inovações ou experimentos com vistas a melhores resultados, tornem-se elementos de um processo de aprendizagem pessoal e organizacional, consideradas lições aprendidas para a qualificação do processo de gestão.

Os objetivos do monitoramento, aqui proposto, extrapolam o subsídio à tomada de decisão orientada por evidências e passam a abarcar questões que visam o desenvolvimento pessoal dos envolvidos e da instituição a qual se destina. Por meio de uma discussão reflexiva, o monitoramento deixa de ser apenas um acompanhamento sistemático das informações... frias e distantes, e passa a ter como objeto a procura de sentido daquelas informações pelos que as utilizam. Desta forma, torna-se um potente instrumento de democratização da informação sobre os objetivos, as metas e os resultados alcançados pelas instâncias de gestão e pelos espaços de controle social, favorecendo o empoderamento e a mobilização social.

Por fim, salienta-se a necessidade da análise integrada do conjunto dos indicadores e das dimensões do desempenho da gestão da vigilância. O mau desempenho de uma dimensão pode afetar o de todo o sistema. Além disso, deve-se ter em mente que o monitoramento por ser um processo sistemático e contínuo é, portanto, bastante sensível para captar mudanças. Assim, a definição da periodicidade do monitoramento vai depender dos objetivos pretendidos. Numa perspectiva formativa, que permita a correção das ações ainda durante sua execução, a adoção de uma periodicidade inferior a seis meses é recomendada. Períodos muito longos não permitem o acompanhamento das ações desencadeadas e a reflexão sobre sua pertinência, assim como períodos muito curtos não permitem observar as mudanças desejadas. A periodicidade ideal para cada sistema de monitoramento deve ser pensada a partir do contexto e da disponibilidade de recursos (tempo e pessoas) para coleta e processamento das informações.

Colaboradores

JMBS Costa trabalhou na concepção, delineamento e redação do artigo; E Felisberto; LCA Bezerra na concepção, redação e revisão crítica; IC Samico e EAP Cesse na redação final e revisão crítica.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os técnicos e gestores que compõem a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco pelo empenho e preciosas contribuições na elaboração dos painéis de monitoramento.

Referências

1. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico, I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2009; 9(3):339-357.
2. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4): 901-911.
3. Silva Júnior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2009.
5. Brasil. Portaria N° 2203, de 05 de dezembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. *Diário Oficial da União* 1996; 6 dez.
6. Albuquerque MIK, Carvalho EMF, Lima LP. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2002; 2(1):7-14.
7. McCann D. A performance management, a tool for organization change. *Infoletter* 2008; 5(2):7.
8. Lahey R. *The Canadian M & E System: lessons learned from 30 years of development*. Washington: World Bank; 2010. (ECD Working series, n° 23).
9. Pernelle S. Performance management: a hologrammatic relationship? *Infoletter* 2008; 5(2):1-8.
10. Champagne F, Contrandiopoulos AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP, Hartz Z, Gerhir M, Nguyn A, organizadores. *Saúde e Cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec*. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.
11. Hartz ZMA, Ferrinho P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: Hartz ZMA, Ferrinho P. *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Lisboa: Editora Gradiva; 2011. p. 58-79.
12. United States Agency for International Development (USAID). *Evaluation Policy*. Washington: USAID; 2011.
13. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
14. Brasil. Portaria N. 3252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 23 dez.
15. Brasil. Decreto N. 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080 de 1990. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
16. Silva GAP, Vieira-da-Silva LGM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11):2463-2475.

17. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Ma- cinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3): 711 ó 724
18. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de Sistemas de saú- de: um modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):921 -934.
19. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med* 1973; 288(4): 189 ó 194.
20. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisber to E, Alves CKA, Drummond Júnior M, Bezerra LCA, Calvo MCM, Miranda AS. Metodologia de construção de um pa- inel de indicadores para o monitoramento e avalia- ção do SUS. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):839-849.
21. Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Ver. Adm. Publica* 2003; 37(5):962 ó 969.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vi- gilância em Saúde. *Instrutivo para a programação das ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saú- de*. Brasília: MS; 2012.
23. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation*. Thou- sand Oaks: Sage Publications; 2008.
24. Preskill H, Caracelli V. Current and developing con- ceptions of use: evaluation use tíg survey results. *Am J Eval* 1997; 18(3):209-225.
25. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Den- gue. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2095-2105.
26. Weiss CH, Murphy-Graham E, Birkeland S. An al- ternative route to policy influence: how evaluation affect DARE. *Am J Eval* 2005; 26(1):12-30.
27. Fleischer DN, Christie CA. Evaluation use: results from a survey of US American Evaluation Associa- tion Members. *Am J Eval* 2009; 30(2):158-175.
28. Silva RR, Brandão D. Os quarto elementos da ava- liação. *Olho Mágico ó Boletim da Rede Unida* 2003; 10(2): 59 ó 66.
29. Brasil. Portaria MS Nº 2.914 de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Ofi- cial da União* 2011; 14 dez.
30. Raoufi M. Avoiding information overload: a study on individualø use of communication tools. *Procedin- gs of the 36th Hawaii Conference on System Sciences* 2002. [cited 2012 Dez 29]. Available from: [http:// www.hicss.hawaii.edu/HICSS36/HICSSpaper s/ETEPO06.pdf](http://www.hicss.hawaii.edu/HICSS36/HICSSpaper s/ETEPO06.pdf)
31. Falconi V. *O Verdadeiro Poder: práticas de gestão que conduzem a resultados revolucionários*. 1ª Edição. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda.; 2009.

8 ARTIGO 2 - DESEMPENHO DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Neste artigo foi realizada uma revisão sistemática com o intuito de identificar na literatura latino-americana os modelos utilizados para avaliar o desempenho de intervenções em saúde. Seu foco principal foi levantar evidências científicas e identificar o estado da arte da avaliação do desempenho em organizações de saúde que se aproximem mais do contexto brasileiro. Selecionou-se as bases de dados do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), por serem bases com um número extenso de revistas indexadas na área de saúde e por abranger uma grande produção dos países da América Latina. Além disso, pesquisou-se a *grey literature*, com o objetivo de incluir o maior número de modelos de avaliação de desempenho, principalmente a literatura científica ainda não publicada, incluindo-se como fonte de pesquisa o Portal de Teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Os elementos identificados no artigo permitem uma maior reflexão acerca da incipiência no qual a avaliação de desempenho vem sendo pesquisada nos países latino-americanos.

**DESEMPENHO DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM PAÍSES DA AMÉRICA
LATINA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**PERFORMANCE EVALUATION OF HEALTH INTERVENTIONS IN LATIN
AMERICA: A SYSTEMATIC REVIEW**

Desempenho de intervenções em saúde...

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Universidade Federal de Pernambuco ó UFPE / Centro Acadêmico do Agreste

Rodovia BR 104, KM 59. Nova Caruaru. Caruaru óPE. CEP: 55002-970

Fone: (81) 86011620 julimartins.costa@gmail.com

Isabella Chagas Samico

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Rua dos Coelhoos 300, Boa Vista. Recife-PE. CEP: 50070-550.

Fone: (81) 21224147 / isabella@imip.org.br

Vanessa de Lima Silva

Universidade Federal de Pernambuco.

Av. Moraes Rego s/n. Cidade Universitária. Recife PE. CEP: 50670-901.

Fone: (81) 96572306 / vanelima@gmail.com

Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ó CPqAM/FIOCRUZ

Av. Moraes Rego s/n. Cidade Universitária. Recife PE. CEP: 50740-465

Fone: (81) 21012609 educesse@uol.com.br

Artigo submetido à revista Saúde em Debate em 03/02/2015.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar na literatura latinoamericana os modelos teóricos para avaliar o desempenho de intervenções de saúde. Para tanto, foi realizada revisão sistemática da literatura no período 2008/2013, nas bases do Lilacs, Medline e Capes com termos relacionados à avaliação e desempenho. Utilizou-se critérios da *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* para apreciação da qualidade e matriz para análise dos atributos bibliométricos e dos modelos. Identificou-se que estudos que explicitem modelos para avaliar o desempenho de intervenções de saúde são incipientes na América Latina. Faz-se necessário a adequação destes modelos à realidade latinoamericana.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Desempenho de programas, serviços e sistemas de saúde. Modelos teóricos. América Latina. Literatura de revisão.

ABSTRACT

This study aimed to identify in the literature models used to evaluate the performance of health interventions in Latin America countries. For this a systematic literature review was developed from 2008 to 2013 in the Lilacs, Medline and Capes using terms related to health evaluation and performance. It was adopted the criteria of the *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* the quality analysis and matrix of data extraction for bibliometric data and the models characteristics. Studies expliciting models of performance evaluation are still incipient in Latin America. It's necessary adaptation to the Latin America reality.

keywords: Health evaluation. Performance of programs, services and health systems. Theoretical models. Latin America. Literature review.

INTRODUÇÃO

O desempenho é uma preocupação crescente na gestão dos sistemas e serviços de saúde por todo o mundo (MARCHAL *et al.*, 2014). O estabelecimento de mecanismos que auxiliem uma prática gerencial focada no aprimoramento da governança pública tem sido cada vez mais discutido na literatura (CARVALHO *et al.*, 2012; HUNTER; NIELSEN, 2013; LAHREY; NIELSEN, 2013; MARCHAL *et al.*, 2014).

A avaliação de desempenho surge nesse contexto, e objetiva melhorar a eficiência, eficácia e qualidade das intervenções (programas, serviços e sistemas) de saúde (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 1997; CARVALHO *et al.*, 2012; HATRY, 2013), bem como, aumentar a responsabilização e a transparência da gestão pública (LAHREY; NIELSEN, 2013). Diversos Organismos Internacionais (WHO, 2000; OPAS, 2001, USAID, 2011) têm desenvolvido modelos teóricos para avaliar o desempenho de organizações de saúde, estimulando sua implantação e a instituição de sistemas de gerenciamento do desempenho.

Na América Latina, a avaliação de desempenho foi impulsionada pelo *World Health Report 2000* (WHO, 2000), pelo quadro de referência proposto pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2001) e por exigências de órgãos de fomento como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Algumas iniciativas foram desenvolvidas na região com o intuito de propor modelos que se aproximassem da realidade local, como o PROADESS, que delinea uma proposta para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde do Brasil (VIACAVA *et al.*, 2004).

Apesar da importância crescente do tema, a delimitação do conceito de desempenho é uma das mais imprecisas em termos de teoria organizacional, surgindo, ao longo do tempo, inúmeras definições e modelos para avaliá-lo. Essa diversidade de abordagens gera confusão e dúvidas quanto à escolha do modelo teórico mais apropriado a cada localidade e formas adequadas para sua operacionalização (VIACAVA *et al.*, 2004; CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011).

A definição hegemônica de desempenho está ancorada na escola racional que entende o desempenho como o grau de alcance dos objetivos e metas da organização (SICOTTE *et al.*, 1998). Contudo, a teoria organizacional é vasta e apresenta uma profusão de modelos que carrega consigo visões diferenciadas sobre o desempenho. Alguns modelos valorizam a estabilidade e o controle; outros, a aquisição de recursos, o crescimento e a adaptação e,

outros, a negociação e o compromisso (CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; MARCHAL *et al.*, 2014). Apesar desta aparente discordância, Champagne e Contrandiopoulos (2011) ponderam que todos esses modelos são legítimos e focam dimensões diferentes do desempenho.

O aprofundamento no tema e a verificação da insuficiência das abordagens que valorizam uma única dimensão do desempenho, os denominados modelos unidimensionais, para avaliar organizações complexas como as do setor saúde levaram ao desenvolvimento de modelos multidimensionais (CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; VIACAVA *et al.*, 2004). Esses modelos permitem uma análise mais global e examinam o desempenho a partir da junção conceitual de dois ou mais modelos unidimensionais (CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; TCHOUAKET *et al.*, 2012).

Outra questão que vai além das concepções e abrangência dos modelos para avaliar o desempenho é o fato de que muitos deles foram elaborados para avaliar o desempenho de organizações que estão fora do setor saúde ou, quando relacionados, focam serviços específicos (CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; MARCHAL *et al.*, 2014; TCHOUAKET *et al.*, 2012), ou realidades bem diversas da encontrada na América Latina, o que traz uma preocupação adicional no que tange à escolha daquele que seria o mais adequado para a realidade desses países.

Apesar de suas particularidades, os países latino-americanos apresentam características semelhantes no que tange à sua conformação histórica, política e social. De maneira geral, caracterizam-se por uma elevada concentração de renda, desigualdades sociais e instabilidade política e econômica (SOUZA, 2011; HOMEDES; UGALDE, 2011). Além disso, a estruturação dos processos gerenciais e a baixa qualificação da gestão pública impõem para a região desafios comuns como o aumento insustentável nos custos, ineficiência no gasto público, baixa cobertura, acesso desigual, ausência de mecanismos de avaliação do desempenho e pouca transparência na prestação de contas para a sociedade (HOMEDES; UGALDE, 2011; OPAS, 2012).

Desta forma, surge à necessidade de identificar os modelos teóricos adotados por pesquisadores latino-americanos para avaliar o desempenho de intervenções de saúde como forma de dar luz ao debate sobre o tema e subsidiar o desenvolvimento de pesquisas que tratem do desempenho de intervenções de saúde considerando as especificidades desse conjunto de países. Assim, este estudo teve como objetivo identificar na literatura latinoamericana os modelos teóricos para avaliar o desempenho intervenções de saúde. Esse

servirá de subsídio às futuras pesquisas que pretendam analisar a pertinência e adequação dos modelos à realidade destes países.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura orientada pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais os modelos utilizados para avaliar o desempenho de intervenções de saúde presentes na literatura de países da América Latina, no período de janeiro de 2008 a outubro de 2013?

Para tanto, procedeu-se pesquisa bibliográfica de textos científicos (artigos, teses, dissertações e monografias) publicados nos últimos cinco anos (janeiro de 2008 a outubro de 2013), com temas relacionados à avaliação do desempenho de intervenções (programas, serviços e sistemas) de saúde, publicados nos idiomas, português, inglês ou espanhol. O período de estudo foi selecionado com o intuito de identificar a produção científica mais recente sobre tema.

Modelo de avaliação de desempenho são esquemas teórico-conceituais que especificam os elementos utilizados para medir, monitorar e promover um processo sistemático de melhoria do desempenho das intervenções de saúde (KLASSEN *et al.*, 2009; CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011).

A busca de publicações foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2013. Realizou-se pesquisa guiada nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) com termos relacionados à avaliação em saúde e/ou desempenho que fazem parte da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS), disponível no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

Para a seleção da produção científica dos países latino-americanos utilizou-se a classificação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), órgão da Organização das Nações Unidas. Os países selecionados foram: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

Utilizou-se a seguinte expressão de busca: "avaliação de desempenho" or "avaliação de impacto" or "avaliação de processos (cuidados de saúde)" or "avaliacao de processos e resultados (cuidados de saude)" or "avaliacao de programas" or "avaliacao de programas e projetos de saude" or "avaliacao de resultados (cuidados de saude)" or "avaliacao do impacto

na saude" or "mecanismos de avaliacao em cuidados de saude" or "benchmarking" or "benchmarking em assistencia a saude" or "avaliacao de servicos de saude" [Descritor de assunto] and "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" or "2013" [Ano de publicação] and "argentina" or "bolivia" or "brasil" or "chile" or "colombia" or "equador" or "mexico" or "paraguai" or "peru" or "uruguai" or "venezuela" [Pais de Afiliação]

Além dos artigos científicos, a *õgrey literature* foi pesquisada com o objetivo de incluir o maior número de modelos de avaliação de desempenho, principalmente a literatura científica ainda não publicada. Desta forma, pesquisou-se o banco de teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), agência de fomento à pesquisa ligada ao Ministério da Educação do Brasil que congrega todos os programas de pós-graduação deste país. A chave de busca utilizada foi: "desempenho" or "avaliacao de desempenho" and "saude" [Descritor de assunto] and "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" or "2013" [Ano de publicação].

Ao término do levantamento, procedeu-se a exclusão de duplicidades, após a leitura do título e autor(es) de cada artigo. A seleção dos textos foi realizada em três etapas. A primeira consistiu na leitura dos resumos de cada trabalho, realizada por dois examinadores independentes, com base em critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1). Foi aplicado o índice de *Kappa* para análise de concordância entre os examinadores. Nos casos de discordância, eram realizadas reuniões de consenso com a presença de um terceiro examinador.

INSERIR QUADRO 1

Concluída esta fase, os textos com os resumos que preencheram os critérios de inclusão (Quadro 1) foram selecionados para a segunda etapa, na qual se procedeu a leitura completa dos textos, por dois examinadores independentes, sendo considerado nesta etapa mais um critério de inclusão: a identificação explícita no texto do modelo de avaliação do desempenho utilizado no estudo. Ao término da leitura completa foi calculado o índice *Kappa* e os textos incluídos passaram para a terceira e última etapa de seleção.

Esta etapa consistiu na análise da qualidade dos textos selecionados. Para tanto, foram aplicados os critérios de avaliação da utilidade e qualidade de estudos avaliativos propostos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (JCSEE) traduzidos e adaptados à realidade brasileira por Santos e Natal (2006).

Os critérios propostos pela JCEE estão divididos em quatro parâmetros: utilidade (7 critérios), verifica se a avaliação atende às necessidades de informação dos usuários; factibilidade ou viabilidade (3 critérios), analisa se o estudo é realista e moderado nos custos de modo a justificar a sua realização; propriedade (8 critérios), verifica se o processo avaliativo é conduzido eticamente, com respeito ao bem-estar dos envolvidos; acurácia ou precisão (12 critérios), analisa aspectos relativos à validade do julgamento de valor ou mérito realizado (SANTOS; NATAL, 2006).

Cada um destes critérios recebeu uma pontuação que variou de 0-10. Para julgar a qualidade calculou-se a média dos critérios por parâmetro. Estes foram classificados, conforme os escores obtidos, adotando-se a seguinte classificação: excelente de 9,0 ó 10,0; bom de 7,0 ó 8,9; regular de 5,0 a 6,9; fraco de 3,0 ó 4,9 e crítico < 3,0. Adotou-se como critério de exclusão escore crítico em qualquer um dos critérios avaliados (SANTOS; NATAL, 2006).

Os textos incluídos tiveram seu conteúdo analisado e sistematizado por meio de uma matriz de extração de dados. Nela foram descritos: título, ano, idioma, país de publicação, objetivo, modelo teórico utilizado para avaliar o desempenho; abordagem conceitual dos modelos (determinantes sociais, centrado nos objetivos, sistêmico); inovação do modelo (novo modelo ou aplicação de modelos pré-existentes); tipo de modelo (unidimensional ou multidimensional); dimensões avaliadas; nível de complexidade (programa, serviço, sistema de saúde), fonte (artigo ou *grey literature*).

RESULTADOS

A busca nas bases de dados levou à identificação de um total de 1.262 textos científicos (674 no LILACS, 525 no MEDLINE e 64 no portal de teses da Capes). Desses, 179 foram excluídos por serem duplicidades, totalizando 1.083.

Na leitura dos resumos, vinte e dois (22) textos foram selecionados para a próxima etapa, 1.042 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e, dezenove (19) apresentaram discordância entre os examinadores. Para esses últimos, procedeu-se a leitura e análise por um terceiro examinador e uma reunião para o consenso foi realizada, na qual foram incluídos nove (9) e excluídos dez (10) textos (Figura 1). A concordância entre os examinadores foi substancial ($Kappa = 0,69$; $p > 0,05$).

Para a segunda fase da seleção, trinta e um (31) textos foram lidos na íntegra. Desses, seis (6) foram selecionados, vinte (20) não atenderam aos critérios e foram excluídos do estudo e, cinco (5) apresentaram discordância entre os examinadores. A análise da concordância entre examinadores foi substancial ($Kappa = 0.60$; $p > 0,05$). Após a reunião de consenso, todos os textos discordantes foram excluídos (Figura 1).

INSERIR FIGURA 1

Ao término da segunda etapa foram selecionados seis (6) textos que tinham por objetivo avaliar o desempenho de programas, serviços ou sistemas de saúde e que explicitavam o modelo teórico para esta avaliação.

No que concerne à análise da qualidade, os textos apresentaram critérios de qualidade entre excelente e regular, não havendo exclusão de nenhum texto nesta etapa do estudo. De uma maneira geral os artigos; (YAVICH; BÁSCOLO; HAGGERTY, 2010; BRIZOLA; CORDONI JÚNIOR, 2011; MORAES; ANDRADE, 2011) apresentaram uma melhor qualidade do que as teses (BATTESINI, 2008; DUARTE, 2009; PONCE, 2012). Entre os parâmetros analisados a utilidade foi o que apresentou score mais baixo e a propriedade o mais alto (Quadro 2).

INSERIR QUADRO 2

A maioria dos estudos incluídos na revisão foram desenvolvidos no Brasil ($n=5$), publicados em 2011 ($n=2$), 50% eram artigos indexados ($n=3$) e os demais ($n=3$) procedentes da "grey literature" (provenientes de teses de doutoramento) (Tabela 1).

INSERIR TABELA 1

No que tange à abordagem conceitual, os estudos trabalharam com a abordagem centrada nos objetivos ($n=1$) e sistêmica ($n=5$). O enfoque centrado nos objetivos entende que o êxito ou o fracasso de uma intervenção pode ser julgada pelo grau de alcance dos objetivos da organização. Já nos estudos que trabalharam com a abordagem sistêmica, foram identificados dois grupos distintos. O primeiro (BRIZOLA; CORDONI JÚNIOR, 2011; MORAES; ANDRADE, 2011; PONCE, 2012), trabalhou com a concepção do sistema

racional, no qual o desempenho é avaliado por normas não apenas de resultados, mas também, de processo e/ou estrutura. E, o segundo (BATESINI, 2008; DUARTE, 2009) com a concepção de sistemas da ação social, no qual as intervenções são consideradas sistemas da ação social em constante transformação (Quadro 3).

Quanto ao tipo de modelo foram identificados estudos ancorados em modelos unidimensionais (n=4) e multidimensionais (n=2). As dimensões mais frequentemente avaliadas nos estudos unidimensionais foram estrutura, processo, e resultado, contemplados em dois estudos cada. Nos estudos com modelos multidimensionais não houve predominância de nenhuma dimensão avaliada (Quadro 3).

Quanto ao nível de complexidade, identificaram-se estudos que abarcavam intervenções com diversos graus de complexidade. Desde serviços, como hospitais (n=2) e serviços públicos de saúde (atenção primária, pronto atendimento e serviço especializado) (n=1); quanto programas, como a vigilância sanitária (n=1) e reabilitação da deglutição (n=1); até sistemas de saúde (n=1) (Quadro 3).

INSERIR QUADRO 3

DISCUSSÃO

Apesar de o desempenho ser uma questão de grande importância para a gestão dos sistemas de serviços de saúde (VIACAVA *et al.*, 2004; CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; HATRY, 2013; MARCHAL *et al.*, 2014), das tentativas da OMS (WHO, 200) e OPAS (OPAS, 2001) em estimular o desenvolvimento de sistemas de gerenciamento do desempenho, e da adoção do modelo de gestão por resultados em diversos países da América Latina, entre eles o Brasil, a Argentina e o México (DI GIÁCOMO, 2005; BASSIT; BLUM; MARTINS, 2009), identificou-se poucos estudos que explicitaram o modelo teórico para avaliar o desempenho de intervenções de saúde nesses países.

Uusikyka (2013) argumenta que a avaliação de desempenho reflete um sistema gerencial e cultural mais amplo, assim como fatores institucionais e contextuais que influenciam como estas informações são valorizadas e utilizadas dentro das organizações. Esses fatores podem estar na base da incipiência das pesquisas sobre esta temática em países da América Latina, e levam a reflexão sobre o momento e os processos de institucionalização da avaliação em saúde (FELISBERTO *et al.*, 2008) por que passam estes países.

Os modelos são representações da realidade e tem sido bastante utilizados na avaliação como forma de delimitação e descrição do objeto a ser avaliado, obtenção de consensos e comunicação entre os envolvidos (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; LAHREY; NIELSEN, 2013; REIS; 2013). Eles podem ser particularmente úteis no estudo do desempenho do setor saúde devido sua natureza complexa, paradoxal e contingente (SICOTTE *et al.*, 1998; VIACAVA *et al.*, 2004). Além de ajudar no esclarecimento das opções teóricas e permitir comparações.

Esse aspecto apresenta-se de grande importância diante das inúmeras definições e falta de consenso sobre o desempenho. Muitas vezes ele é utilizado como sinônimo de qualidade, efetividade ou eficiência que não conseguem sozinhos representar todo o espectro de questões abarcadas pelo desempenho (SICOTTE *et al.*, 1998; NAYLOR; IRON; HANDA, 2002; CHAMPGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011), sendo insuficientes para promover o desenvolvimento de intervenções em saúde.

Segundo Champagne e Contrandiopoulos (2011) o desempenho é um conceito genérico que envolve diversos aspectos relevantes para o desenvolvimento organizacional como a qualidade, a produtividade, a eficiência, sem, contudo restringir-se a eles. Estes elementos são trabalhados como componentes ou sub dimensões do desempenho conforme observado nos modelos propostos pelo governo Canadense (ARAH; WESTERT, 2005), pelo EGIPSS (SICOTTE *et al.*, 1998; CHAMPGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011) e pelo PROADESS (VIACAVA *et al.*, 2004).

Outra questão de grande relevância é a ausência de termo específico que trate do desempenho de intervenções (programas, serviços e sistemas) de saúde nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado utilizado para indexação e recuperação de textos científicos no LILACS e MEDLINE. Para superar tal dificuldade, foi utilizada uma ampla chave de busca que envolveram termos relacionados à avaliação em saúde e ao desempenho, e pesquisada a *õgrey literature*, como estratégia para aumentar a sensibilidade da pesquisa e captar o maior número de textos científicos (GALVÃO SAWADA; TREVIZAN, 2001).

A inclusão do banco de teses da Capes como fonte de pesquisa (*õgrey literature*) mostrou-se uma estratégia importante de captação de textos científicos (3 dos 6 selecionados foram provenientes desta base de dados) por conseguir agregar em uma plataforma *on line* informações bibliográficas das teses e dissertações defendidas nos programas de pós-graduação do Brasil. Sugere-se um maior aproveitamento e exploração desta fonte de dados

para estudos e pesquisas, principalmente quando se procura por informações atuais, considerando o tempo necessário para a publicação de artigos científicos. Contudo, a ausência de estratégias semelhantes nos demais países latino-americanos, inviabilizou a busca deste tipo de literatura, constituindo-se um dos limites deste estudo.

Todos os textos que preencheram os critérios de inclusão e exclusão explicitados no protocolo da pesquisa apresentaram uma boa qualidade, segundo os critérios da JCSEE (SANTOS; NATAL, 2006). A qualidade das avaliações é uma preocupação crescente entre os estudiosos da área que vêm se dedicando na elaboração de critérios e no desenvolvimento de meta-avaliações (ELLIOT, 2011; HARTZ, 2006). Estas consistem na avaliação da qualidade das avaliações à luz de critérios bem definidos e vêm a responder a uma necessidade fundamental das revisões sistemáticas, uma vez que seus resultados são dependentes da qualidade dos textos selecionados (GALVÃO SAWADA; TREVIZAN, 2001; HARTZ, 2006; ELLIOT, 2011).

Um aspecto que chama a atenção foi a abrangência das intervenções em saúde (serviços, programas, sistemas) que foram identificadas no presente estudo, demonstrando a potencialidade da instituição de mecanismos para avaliar o desempenho em intervenções com diferentes graus de complexidade. Contudo, ressalta-se que a escolha das dimensões e indicadores mais apropriados, atores participantes, nível de agregação e análise dos dados modificam-se a depender do público alvo e das necessidades que a avaliação venha a suprir (COSTA *et al.*, 2013; REIS, 2013; LAHREY; NIELSEN, 2013), e devem ser feitos em consonância com o modelo e nível de análise desejado.

Em que pese os limites dos modelos unidimensionais para avaliar organizações de saúde (SICOTTE *et al.*, 1998; CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; MARCHAL., *et al.*, 2014), este foi o tipo de modelo predominante encontrado no presente estudo. Entre os modelos unidimensionais a abordagem conceitual baseada na tríade, estrutura, processo e resultados proposta por Donabedian (2003) foi a mais frequentemente utilizada.

Revisão sistemática realizada por Klassen *et al.* (2009) estudou os modelos para medição e melhoria do desempenho de sistemas de saúde, educação e serviços sociais, no período de 1986 a 2007, de artigos publicados em inglês nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, EMBASE, ERIC e PsycINFO. Esse estudo identificou o *Balanced Score Card* (BSC) como modelo multidimensional mais frequentemente utilizado, seguido pelo modelo unidimensional Donabediano.

Apesar desse estudo não tratar especificamente da realidade latino-americana, ele identifica a preponderância do uso de modelos multidimensionais na literatura pesquisada (KLASSEN *et al.*, 2009). Esses modelos têm se mostrado mais adequados para avaliar intervenções de saúde em um mundo globalizado, onde os governos necessitam lidar com realidades complexas e voláteis (BASSIT; BLUMM; MARTINS, 2009; MARCHAL *et al.*, 2014) e com a dispersão do poder entre mercados e instituições internacionais (UUSIKYLÄ, 2013).

Os estudos identificados na presente revisão que utilizaram modelos multidimensionais (BATTESINI, 2008; DUARTE, 2009), trabalharam com a concepção de sistemas da ação social, inspirado na Teoria Geral da Ação elaborada por Parsons (1977). Nesta perspectiva, o conceito de sistema se refere às estruturas sociais relativamente estáveis, dentro de um limite definido de variações, compostas pelas relações entre o sistema e o meio exterior, os objetivos, a integração e a latência que corresponde à espécie de depósito de motivação acumulada e difusora de energia que assegura a fidelidade dos atores às normas e valores que o sistema inspira (PARSONS, 1977).

Esses modelos avaliam o desempenho sob a perspectiva integradora e do equilíbrio entre as funções básicas do sistema que se encontra em constante transformação (CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011). Além disso, a teoria da ação social propicia um meio adequado para a convergência de diversas perspectivas de análise organizacional, vários conceitos e dimensões do desempenho (SICOTTE *et al.*, 1998; GUISSSET *et al.*, 2002).

Os modelos multidimensionais são apontados na literatura como os mais adequados para avaliar intervenções na área da saúde devido a sua maior capacidade avaliativa e pela incorporação de relações de complementariedade entre as diferentes dimensões avaliadas (2012; MARCHAL *et al.*, 2014; REIS, 2013), dialogando com os conceitos de complexidade proposto por Morin (2012). Desta forma, estes modelos estão mais aptos a lidar com as incertezas, ambiguidades e pluralidades dos ambientes externo e interno das organizações, no qual deixa de existir um único padrão ordenador, mas uma necessidade crescente de combinação de forma integradora de distintos padrões para o alcance dos resultados (BASSIT; BLUMM; MARTINS, 2009; CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; MARCHAL *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate em torno da necessidade e da pertinência da avaliação de desempenho de sistemas, serviços e programas de saúde é uma questão com certo consenso na literatura. Contudo, o aprofundamento da discussão em torno das abordagens teórico-conceituais e dos modelos mais adequados para avaliar o desempenho de intervenções de saúde ainda se faz necessário.

A literatura internacional, principalmente norte americana e européia, apresenta uma profusão de modelos teóricos para avaliar o desempenho de intervenções de saúde. Na América Latina, algumas iniciativas foram realizadas no intuito de elaborar uma abordagem teórico-conceitual condizente com a realidade e a necessidade dos sistemas e serviços de saúde destes países. Apesar dessas iniciativas, o pequeno número de estudos que explicitaram o modelo de avaliação de desempenho, denota a incipiência com que o tema vem sendo estudado na América Latina.

Além da abordagem teórico-conceitual, algumas reflexões são pertinentes e necessárias no que concerne a operacionalização dos referidos modelos. A seleção de indicadores representativos das dimensões avaliadas, a escolha de fontes de informações confiáveis e oportunas, a eleição de padrões adequados para o julgamento do desempenho, o envolvimento dos atores interessados e a complementaridade com os sistemas de monitoramento do desempenho existentes são questões que necessitam ser mais bem estudadas, discutidas e adequadas à realidade dos países latino-americanos.

Diante das restrições financeiras por que passam estes países, a avaliação de desempenho deve ser concebida de forma a prover a gestão com informações estratégicas, oportunas e com níveis distintos de agregação. Essas características favorecem uma maior apropriação e uso das informações produzidas que deve estar atrelada a instituição de estratégias que permitam o desenvolvimento de capacidade profissional para o uso dessas informações.

Por fim, a qualificação dos processos de gestão na América Latina com mecanismos que permitam uma maior transparência das ações e gastos e responsabilização da gestão pública perpassam pelo estudo aprofundado do desempenho das intervenções instituídas. Para tanto, permanece o desafio do desenvolvimento de modelos de avaliação de desempenho que consigam ao mesmo tempo representar a realidade desses países bem como ser de fácil operacionalização.

REFERÊNCIAS

1. ARAH, O. A.; WESTERT, G. P. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 5, n. 76, p. 1-13, 2005.
2. BASSIT, M.; BLUMM, M.; MARTINS, H. F. Governança para resultados no Ministério da Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Mais Gestão é Mais Saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde*. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 27-43
3. BATTESINI, M. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal*. 2008. 210 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
4. BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* (Orgs.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 65-78.
5. BRIZOLA, J. B.; GIL, C. R. R.; CORDONI JÚNIOR, R. Análise do desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. *Rev Adm Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 7-22, 2011.
6. CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.
7. CHAMPAGNE, F.; CONTRANDIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE A. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* (Orgs.). *Avaliação em saúde conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-40.
8. CONTRANDIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29 ó 47.

9. COSTA, J. M. B. S.; FELISBERTO, E.; BEZERRA, L. C. A. *et al.* Monitoramento do desempenho da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201 ó 1216, 2013.
10. DI GIÁCOMO, W. A. O New Public Management no Canadá e a gestão pública contemporânea. *Interfaces Brasil Canadá*, Canoas, v.5, p. 155-170, 2005.
11. DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance. In: BASHUR, R. (Org.) Health care selecting approaches to assessing performance. United Kingdom: Oxford University Press, 2003. p. 46-57.
12. DUARTE, E. M. R. *Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: o caso do indicador de dor aguda no pós-operatório.* 2009. 201p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
13. ELLIOT, L. G. Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. *Ensaio: aval pol públ Educ.*, Rio Comprido, v. 19, n.73, p. 941-964, 2011.
14. FELISBERTO, E.; FREESE, E.; NATAL, S.; ALVES, C. K. A. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Ciênc Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2091- 2102, 2008.
15. GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n. 3, p. 549-456, 2001.
16. GUISET, A. L.; SICOTTE, C.; LECLERCQ, P. *et al.* Définition de La Performance Hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des Hôpitaux. *Sciences Sociales et Santé*, Montrouge, v. 20, n. 2, p. 65-104, 2002
17. HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciênc Saude Colet.*, Rio de janeiro, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.
18. HATRY, H. P. Sorting the Relationships Among Performance Measurement, Program Evaluation, and Performance Management. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 19-32, 2013.
19. HOMEDES, N.; UGALDE, A. Reformas de Salud y equidad en América Latina. *Ciênc Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2696, 2011.
20. HUNTER, D. E. K.; NIELSEN, S. B. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7 - 18, 2013.

21. KLASSEN, A.; MILLER, A.; ANDERSON, N. *et al.* Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a Systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, v. 22, n. 1, p. 44- 69, 2009
22. LARHEY, R.; NIELSEN, S. B. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation and results based management: observations from Canadá. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 45 ó 56, 2013.
23. MARCHAL, B.; HOERÉE, T.; SILVEIRA, V. C. *et al.* Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health*, Londres, v. 14, p. 378 ó 391, 2014
24. MORAES, D. P.; ANDRADE, C. R. F. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *J Soc Bras Fonoaudiol.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-94, 2011.
25. MORIN, E. *Meu Caminho: entrevistas com Djenane Kareh Tager*. São Paulo: Bertrand Brasil; 2012.
26. NAYLOR, C. D.; IRON, K.; HANDA, K. Measuring Health System Performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: OCDE. *Measuring up: improving health system performance in OCDE countries*. Paris: OCDE, 2002. p. 13-34.
27. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. *Health Systems Performance Assesment and Improvment in the Region of Americas*. Washginton: OPAS; 2001.
28. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: panorama regional y perfiles de país*. Washington: OPAS; 2012.
29. PARSONS T. *Social Systems and the evolution of action theory*. New York: Free Press, 1977. 420 p.
30. PONCE, M. A. Z. *Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto*. 2012. 97 p. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
31. REIS, A. C. G. V. *A noção de equilíbrio como Proxy da avaliação de desempenho de sistemas de saúde*. 2012. 103 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo cruz, Rio de Janeiro, 2012.

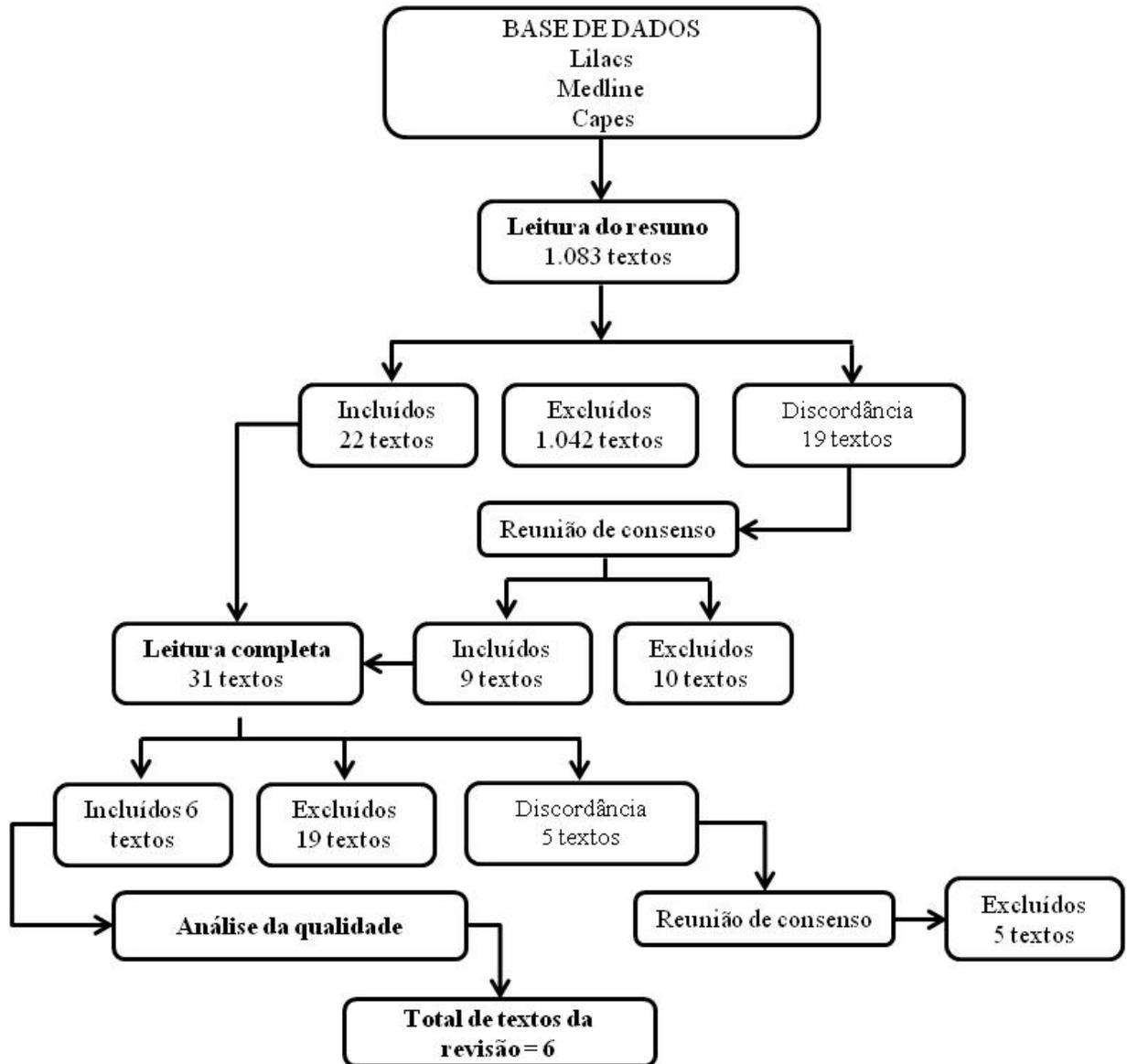
32. SANTOS, E. M.; NATAL, S. *Um guia para conhecer modelos teóricos de avaliação*. Série Ensinando Avaliação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 3:7-11.
33. SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A conceptual framework for health care organizations Performance. *Health Serv. Manage. Res.*, London, v. 11, p. 24 ó 38, 1998.
34. SOUZA, A. América Latina, conceito e identidade: algumas reflexões da história. *PRACS: revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, Macapá, v. 4, p. 29-39, 2011.
35. TCHOUAKET, E. N.; LAMARCHE, P.; GOULET, L. *et al.* Health Care System Performance of 27 OCDE Countries. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, Kerman, v. 14, n.2, p. 104 -129, 2012.
36. USAID. *Evaluation Policy*. United States: United States Agency for International Development, 2011. 14p.
37. UUSIKYLÄ, P. Transforming silo-steering into a performance governance system: The case of the Finnish central government. Performance management and evaluation. *New directions for evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7-17, 2013.
38. VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.
39. YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P.; HAGGERTY, G. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 52, n. 1, p.39-45, 2010.
40. WHO. World Health Organization. *The world health report*. Health system: Improving performance. Geneva: WHO, 2000.

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos textos na revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Estudos que explicitem o modelo teórico para avaliar o desempenho de sistemas, serviços ou programas de saúde	Estudos que não explicitem o modelo utilizado para avaliar o desempenho de organizações de saúde Estudos que tratem do desempenho profissional, cuidados individuais ou o desempenho de tecnologias médicas/biomédicas Estudos que apresentem apenas o modelo teórico-lógico da intervenção (programa, serviço ou sistema de saúde)
Estudos realizados no período de 01 de janeiro de 2008 até 31 outubro de 2013	Estudos realizados antes de janeiro de 2008
Estudos publicados em português, inglês ou espanhol	Estudos publicados em outras línguas que não seja o português, inglês ou espanhol
Estudos que tenham como objeto de análise a América Latina e/ou seus países componentes (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela)	Estudos que tenham como objeto de estudo países europeus, africanos, asiáticos, da Oceania, caribenhos e americanos (exceto os de língua latina - Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela)

Fonte: elaboração própria

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de textos da revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina



Fonte: elaborado pelos autores

Quadro 2 - Textos selecionados na revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina

AUTOR	TÍTULO	ANO	PAÍS	TIPO
Battesini	Modelo multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal	2008	Brasil	õGrey literatureö (Tese)
Duarte	Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: o caso do indicador de dor aguda no pós-operatório	2009	Brasil	õGrey literatureö (Tese)
Yavich et al.	Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica	2010	Argentina	Artigo
Brizola et al.	Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde	2011	Brasil	Artigo
Moraes; Andrade	Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar	2011	Brasil	Artigo
Ponce	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto	2012	Brasil	õGrey literatureö (Tese)

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 1 - Avaliação da qualidade dos textos da revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina

Crítérios	Batesini, 2008	Duarte, 2009	Yavich et al., 2010	Moraes & Andrade, 2011	Brizola et al., 2011	Ponce, 2012
Utilidade (U)	8,6	7,0	7,9	7,3	8,7	6,4
U1 ó Identificação dos interessados	10	3	5	3	5	5
U2 ó Credibilidade do avaliador	10	10	10	10	10	10
U3 ó Escopo e seleção de informações	10	9	10	10	10	10
U4 ó Identificação de valores	10	3	3	3	10	3
U5 ó Clareza dos relatórios	10	10	9	7	8	3
U6 ó Entrega a tempo e disseminação de relatórios	3	7	10	10	10	7
U7 ó Impacto da avaliação	7	7	8	8	8	7
Factibilidade (F)	9,7	7,7	9,3	8,3	7,7	8,0
F1- Procedimentos práticos	10	10	10	10	5	8
F2 ó Viabilidade política	9	5	8	5	10	8
F3 ó Custo-efetividade	10	8	10	10	8	8
Propriedade (P)	8,2	9,0	10,0	9,0	9,6	9,0
P1 ó Orientação para o serviço	10	9	10	10	10	10
P2 ó Acordos formais	10	10	10	10	10	10
P3 ó Direitos dos indivíduos	10	9	10	5	10	8
P4 ó Relações humanas	3	10	10	10	10	7
P5 ó Avaliação completa e justa	8	7	10	10	8	10
P6 ó Disseminação resultados	10	9	10	10	10	10
P7 ó Conflito de interesses	10	10	10	10	10	10
P8 ó Responsabilidade fiscal	10	9	10	5	10	8
Acurácia (A)	8,3	8,6	8,0	8,8	8,5	8,5
A1 ó Documentação programa	10	10	8	7	6	6
A2 ó Análise do contexto	8	8	8	8	8	8
A3- Descrição propósitos e procedimentos	10	10	5	10	10	10
A4 ó Fontes de Informação confiáveis	8	9	8	10	8	8
A5 ó Informações válidas	8	8	8	8	8	8
A6 ó Informações confiáveis	6	8	8	8	8	6
A7 ó Informação sistemática	10	10	8	10	10	10
A8 ó Análise quantitativas	9	10			9	10
A9 ó Análise qualitativas			7			
A10 ó Conclusões justificáveis	5	5	5	9	9	9
A11 ó Imparcialidade relatórios	9	9	5	9	9	10
A12 ó Meta-avaliação	10	10	8	7	6	6
Média	8,7	8,1	8,8	8,3	8,6	8,0

Excelente: Bom: Regular: Fraco: Crítico:

Fonte: elaborado pelos autores

Quadro 3 - Distribuição dos textos científicos segundo abordagem conceitual, tipo, dimensão avaliada, nível de complexidade e inovação dos modelos de avaliação de desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina

ESTUDO	ABORDAGEM CONCEITUAL	TIPO DE MODELO	DIMENSÃO AVALIADA	NÍVEL DE COMPLEXIDADE	INOVAÇÃO
Battesini, 2008	Sistêmico	Multidimensional	Adaptação, metas, processos de trabalho, cultura e valores	Programa - Vigilância Sanitária	Sim
Duarte, 2009	Sistêmico	Multidimensional	Assistência, financeiro, estrutura e sociais	Serviço ó hospital	Sim
Yavich et al., 2010	Centrado nos objetivos	Unidimensional	Estratégia, missão e objetivos	Sistemas de saúde	Não
Brizola et al., 2011	Sistêmico	Unidimensional	Estrutura e resultados	Serviço ó hospital	Não
Moraes & Andrade, 2011	Sistêmico	Unidimensional	Processo e resultados	Programa - reabilitação da deglutição	Não
Ponce, 2012	Sistêmico	Unidimensional	Estrutura e processo	Serviço - atenção básica, pronto atendimento e serviço especializado	Não

Fonte: elaborado pelos autores

9 ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ESTADUAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM PERNAMBUCO, 2012

Neste artigo, foi realizada uma avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco. Utilizou-se um modelo multidimensional e integrador considerando a complexidade da intervenção. Seu foco principal foi contribuir para a melhoria das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, procurando entender as relações e influências mútuas ente a função metas e as demais funções que compõe o desempenho desta organização de saúde. O modelo empregado utiliza uma abordagem funcionalista que permite o julgamento normativo e configuracional da intervenção. Contudo, alguns aspectos ligados ao contexto político institucional que podem estar influenciando no desempenho, não são captados pelo modelo e não foi objeto de análise no presente estudo. No Apêndice C encontra-se a matriz de análise e julgamento detalhada com os indicadores, parâmetros e resultados da avaliação.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ESTADUAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM
PERNAMBUCO, 2012

Avaliação do desempenho estadual...

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Universidade Federal de Pernambuco ó UFPE / Centro Acadêmico do Agreste
Rodovia BR 104, KM 59. Nova Caruaru. Caruaru óPE. CEP: 55002-970
Fone: (81) 86011620 julimartins.costa@gmail.com

Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ó CPqAM/FIOCRUZ
Av. Moraes Rego s/n. Cidade Universitária. Recife PE. CEP: 50740-465
Fone: (81) 21012609 educesse@uol.com.br

Isabella Chagas Samico

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Rua dos Coelhos 300, Boa Vista. Recife-PE. CEP: 50070-550.
Fone: (81) 21224147 / isabella@imip.org.br

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ó CPqAM/FIOCRUZ
Av. Moraes Rego s/n. Cidade Universitária. Recife PE. CEP: 50740-465
Fone: (81) 87730342 freese@cpqam.fiocruz.br

Submetido à Physis Revista de Saúde Coletiva em 13/01/2015.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco no ano de 2012. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa avaliativa com base no modelo multidimensional de avaliação global e integral do desempenho dos sistemas de saúde - EGIPSS. Foi elaborado o modelo lógico da vigilância em saúde estadual, adaptado o modelo multidimensional de avaliação e concebida a matriz de análise e julgamento. Utilizaram-se dados primários, coletados por meio de entrevistas com informantes-chave, e secundários, dos sistemas de informação da vigilância em saúde e de documentos oficiais. **Resultados:** O desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco mostrou-se satisfatório (64,0%). A função manutenção de valores apresentou escore excelente (85,0%), seguido das funções adaptação (70,0%) e produção (60,0%), ambas com desempenho satisfatório. A função alcance das metas apresentou escore insatisfatório (41,0%), devido em parte, ao conjunto de fragilidades encontradas nas demais funções. **Conclusões:** A avaliação do desempenho da vigilância em saúde estadual, utilizando o modelo integral, mostrou ser uma estratégia apropriada para identificação das fortalezas e fragilidades em diversas dimensões do desempenho, proporcionando os meios para melhor compreendê-lo e instituir estratégias de melhoria.

Palavras chave: vigilância; vigilância em saúde pública; avaliação em saúde; avaliação de desempenho; desempenho de programas, serviços e sistemas de saúde

ABSTRACT

Objective: To evaluate the performance of Health Surveillance in Pernambuco in the year of 2012. **Methods:** An evaluative research based on the multidimensional model for comprehensive and global evaluation of health systems performance was conducted. The logic model of state health surveillance, adapted to the multidimensional evaluation model, and conceived as a judgement and analysis matrix was created. Primary data, collected through interviews with key informants, and secondary data, from health surveillance information systems and official documents, were used. **Results:** The performance of health surveillance in Pernambuco was satisfactory (64.0%). The value maintenance function scored excellent (85.0%), followed by adaptation (70.0%) and production (60.0%) functions, both with satisfactory performance. The achieving goals function scored unsatisfactory (41.0%), due, in part, to the set of weaknesses found in the other functions. **Conclusions:** The performance evaluation of the state health surveillance, using the integral model, turned out to be an appropriate strategy to the identification of strenghts and weaknesses in various performance dimensions, providing the means to better understand it and to establish improvement strategies.

Key words: surveillance; public health surveillance; health evaluation; health management; performance of programs, services and heath systems

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde (VS) possui uma diversidade conceitual com uma variedade de experiências instituídas pelos países ao redor do mundo (REINOSO *et al.*, 2009). Essas denotam práticas abrangentes e distintas que englobam a produção e disseminação da informação, o desenvolvimento de atividades de controle de riscos e danos, bem como a organização das ações e serviços de saúde (WALDMAN, 2009; SILVA *et al.*, 2014).

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde tem por objetivo analisar a situação de saúde da população e articular-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde. O núcleo de suas atividades envolve a produção de informações e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos. Essas atividades são compartilhadas entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (FARIA; BERTOLOZI, 2009; ARREAZA; MORAES, 2010).

As mudanças organizacionais ocorridas nas últimas décadas no sistema de saúde brasileiro, principalmente as desencadeadas com o processo de descentralização e, mais recentemente com a adoção do modelo de gestão por resultados (BASSIT *et al.*, 2009), suscitaram modificações profundas na área de VS. O reposicionamento de cada uma das esferas de gestão do SUS e a preocupação crescente com os resultados e a qualidade dos serviços prestados (PINTO JÚNIOR; CERBITO NETO, 2011) trouxeram a necessidade do delineamento de estratégias que contribuam com a melhoria do desempenho e responderam às necessidades institucionais.

Neste contexto, diversos autores (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; LARHEY; NIELSEN, 2013; MARCHAL *et al.*, 2014) apontam a avaliação de desempenho como uma estratégia indutora de mudanças capaz de promover uma maior responsabilização, transparência e melhoria contínua da qualidade. Nessa perspectiva, a avaliação de desempenho vem a contribuir com a governança, para além da disponibilização de informações confiáveis sobre os resultados das políticas públicas (Uusikykä, 2013).

Contudo, o desempenho é uma questão difícil de medir devido ao seu caráter contingente, que se modifica segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde, e, paradoxal que reflete a natureza divergente dos problemas de saúde que exigem, muitas vezes, medidas opostas ou contraditórias para sua solução (SICOTTE *et al.*, 1998; CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Além disso, a pluralidade conceitual e metodológica e a diversidade de modelos avaliativos, sem que haja consenso sobre o

melhor modelo para avaliá-lo, trazem desafios adicionais no planejamento e execução de avaliações de desempenho (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; TCHOUAKET *et al.*, 2012).

Outra questão de grande importância refere-se ao contexto no qual esses modelos foram elaborados, muitos deles contemplam países com realidades distintas da brasileira ou focam organizações que estão fora do setor saúde. Entender o contexto organizacional, o funcionamento da intervenção (serviço, programa, sistema) que será avaliada, bem como os propósitos, objetivos e princípios organizacionais ajudam a identificar o modelo mais adequado a cada realidade (SICOTTE *et al.*, 1998).

A despeito da diversidade de abordagens, os modelos multidimensionais têm sido cada vez mais utilizados para avaliar o desempenho de organizações no setor saúde, devido ao seu maior potencial explicativo (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Essa tem sido a abordagem utilizada atualmente por vários organismos internacionais como a Organização para Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde (ICIS), entre outros (SILVA *et al.*, 2011).

No Brasil, o desempenho no setor saúde ainda é tema pouco explorado e poucos estudos dedicaram-se a avaliar o desempenho da VS. Como exemplo cita-se o estudo realizado por Silva Júnior (2004) que avaliou o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde por meio de um indicador composto - o Indicador Composto de Avaliação da Vigilância em Saúde (Icaves); o realizado por Battesini (2008) que avaliou o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito municipal e o realizado por Teixeira *et al.* (2012) que avaliou o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde à luz do Regulamento Sanitário Internacional.

Esses estudos apresentaram conceitos e abordagens diversas e trouxeram à tona a discussão do desempenho neste subsistema do SUS. Contudo, refletir sobre o desempenho, identificar um modelo de avaliação com um maior potencial explicativo e adequado à realidade da VS ainda é um desafio. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o desempenho da VS no âmbito estadual, utilizando um modelo multidimensional, com o intuito de contribuir com a discussão do tema e com a gestão da VS estadual.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa avaliativa sobre o desempenho da VS em Pernambuco no ano de 2012. O estado de Pernambuco está dividido em 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Esses municípios estão organizados em doze Regiões de Saúde, agregadas em quatro Macrorregiões que dispõem dos recursos necessários ao desenvolvimento de ações de saúde de forma integral (PERNAMBUCO, 2011). No que concerne à VS, a Secretaria Estadual de Saúde possui uma estrutura central dotada de autonomia técnica e financeira e 12 unidades administrativas distribuídas nas Regiões de Saúde.

Adotou-se uma perspectiva organizacional, baseada no modelo de avaliação global e integral da *performance* de sistemas de saúde (*Évaluation Globale et intégrée de la Performance des Systèmes de Santé* ó EGIPSS) (SICOTTE *et al.*, 1998; CHAMPAGNE *et al.*, 2011), por apresentar características que permitem avaliar intervenções complexas, integralmente, com um enfoque multidimensional, caracterizadas enquanto sistemas organizados de ação (PARSONS, 1977; SICOTTE *et al.*, 1998).

O modelo EGIPSS possui quatro funções (adaptação, produção, alcance de metas e manutenção de valores) e seis alinhamentos (estratégico, tático, operacional, contextual, legitimação e alocação) que representam as inter-relações e influências mútuas entre as funções do desempenho. Este é considerado uma construção multidimensional que remete a um julgamento de valor sobre as qualidades essenciais e específicas de cada função, bem como a natureza dinâmica do equilíbrio entre elas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Do ponto de vista operacional, o presente estudo foi realizado em cinco etapas: desenho da intervenção (elaboração do modelo lógico), adaptação do modelo de avaliação do desempenho, elaboração da matriz de análise e julgamento, análise normativa e análise relacional.

O desenho da intervenção permite uma maior clareza e entendimento da teoria subjacente da VS estadual. Para tanto, consultou-se a normatização que rege a área (BRASIL, 1990; 2011; 2013) e textos científicos sobre o tema (REINOSO *et al.*, 2009; FARIA; BERTOLOZI, 2009, ARREAZA; MORAES, 2010) para o desenho preliminar. Este foi submetido à apreciação de um grupo de *experts* formado por doze gestores/acadêmicos que atuam nas áreas de vigilância e/ou avaliação em saúde para

análise da completude e plausibilidade. Foram realizadas três rodadas de discussão (duas virtuais e uma presencial), obtendo-se o desenho final da VS estadual (Figura 1).

INSERIR FIGURA 1

Após o desenho da intervenção, procedeu-se a adaptação do modelo EGIPSS às características e peculiaridades da VS estadual. Os componentes, atividades e resultados explicitados na figura 1 foram agregados nas dimensões/subdimensões do desempenho das quatro funções do EGIPSS, a partir das definições propostas por Sicotte *et al.* (1998) e Champagne *et al.* (2011), obtendo-se o modelo integral de avaliação do desempenho da VS estadual (Figura 2).

INSERIR FIGURA 2

Com base nesse modelo, elaborou-se a matriz de julgamento do desempenho com indicadores, parâmetros e pontuação máxima ou esperada. A matriz foi submetida à apreciação do grupo de *experts* formado por oito gestores/acadêmicos que atuam na área de avaliação em saúde que analisaram sua pertinência e adequação. Os *experts* receberam por meio virtual o material a ser analisado, procederam as suas contribuições que foram compiladas pela pesquisadora principal e procedeu-se outra rodada para novas contribuições. Utilizaram-se indicadores quantitativos e qualitativos de modo a representar cada dimensão / subdimensão do desempenho, assim distribuídos: vinte e quatro (adaptação), dezenove (produção), quinze (alcance de metas), vinte (manutenção de valores), totalizando setenta e oito indicadores (Tabela 1).

Os parâmetros dos indicadores quantitativos foram normativamente ou empiricamente derivados. Os normativos foram extraídos do Plano Estadual de Saúde 2011-2015, Programação Anual de Saúde 2012, Monitoramento do Desempenho da Gestão da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS-PE) (COSTA *et al.*, 2013) e Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde 2011-2015. Os empiricamente derivados foram construídos com base na análise da série histórica dos últimos três anos. Os indicadores qualitativos foram aferidos por meio de uma escala de *Likert*. Os entrevistados foram convidados a atribuir uma nota que variou de 0-10, onde zero correspondeu à pior situação e dez à melhor. O padrão estabelecido foi a nota sete, por meio de opinião dos *experts*.

Para relacionar os resultados encontrados com o preconizado na matriz de julgamento, foi utilizado um sistema de escores. Cada função do desempenho recebeu 25 pontos, distribuídos entre os indicadores que a compõe, denominado de pontuação máxima ou esperada. Caso o indicador tenha atingido a meta, recebeu a pontuação máxima, caso tenha atingido de 75 a 99% da meta, recebeu a metade da pontuação; caso tenha atingido < 75% da meta não recebeu pontuação alguma.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, com todos os gerentes do nível central da SEVS-PE e um técnico indicado por cada gerente, totalizando 30 (trinta) entrevistas. Os informantes foram selecionados devido à grande ênfase que a orientação para resultados no setor público tem dado aos gerentes de programas, considerados atores chave para a melhora do desempenho organizacional (LARHEY; NIELSEN, 2013).

Os dados secundários foram coletados dos sistemas de informações sobre Mortalidade (SIM), Nascidos Vivos (Sinasc), de Agravos de Notificação (Sinan), Qualidade da Água para Consumo Humano (SISagua) e Vigilância Sanitária (Sivisa), da SEVS-PE, referente ao ano de 2012 por ser o último ano com banco de dados fechados. Além destes, foram consultados organograma e atas de reuniões do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira denominada de normativa comparou-se o resultado de cada indicador com um padrão ou norma e distribuiu-se a pontuação obtida, conforme a matriz de julgamento. A partir da pontuação obtida de cada indicador calculou-se o desempenho das funções, dimensões e global da VS estadual por meio do cálculo de uma regra de três simples: $\hat{U} \text{pontuação obtida} / \hat{U} \text{pontuação máxima} \times 100$. Para classificação do desempenho, utilizou-se um sistema de escores, no qual o percentual de cumprimento dos padrões foi dividido em quartis. O desempenho foi considerado excelente quando atingiu $\times 75\%$, satisfatório de 74-50%; insatisfatório de 49-25% e crítico < 25%.

A segunda etapa da análise, denominada de relacional ou explicativa, foi realizada por meio de uma relação de arbitragem, a partir da função metas, devido esta função representar os resultados finais da VS e sofrer forte influência do acúmulo de problemas identificados nas demais funções. Nesta etapa, procurou-se compreender as causas do não alcance das metas da VS estadual, a partir das inter-relações estabelecidas com as demais funções. E, o movimento inverso, ou seja, para melhorar o desempenho

da função alcance das metas quais modificações serão necessárias nas demais funções (CHAMPANHE *et al.*, 2011; MARCHAL *et al.*, 2014).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ) sob o registro n° 388.481 de 04/09/2013.

RESULTADOS

Análise Normativa

O desempenho da VS no estado de Pernambuco de acordo com o modelo integral foi considerado satisfatório (64,0%), com destaque para a função manutenção de valores com um escore excelente (85,0%), seguido das funções adaptação (70,0%) e produção (60,0%), ambas com desempenho satisfatório, e da função alcance das metas (41,0%) que apresentou desempenho insatisfatório (Tabela 1).

Na função adaptação sobressaiu-se a dimensão inovação e aprendizagem com um escore excelente (77,8%), seguido das dimensões captação de recursos (humanos, financeiros e materiais) (71,9%), mobilização comunitária (66,7%) e integração (65,6%), todas com desempenho satisfatório. O quantitativo de veículos e insumos, bem como as parcerias realizadas com Organismos Não Governamentais (ONG) e a participação em projetos intersetoriais e em pesquisas contribuíram positivamente para o desempenho obtido. Por outro lado, a insuficiência de técnicos de nível superior, a inadequação do espaço físico e o pouco uso de espaços formais de debate técnico e político (colegiado de dirigentes, de áreas técnicas, Comissão Intergestores Bipartite - CIB) foram obstáculos para um melhor desempenho da função adaptação (Tabela 1).

Na função produção, destacou-se a dimensão qualidade com um escore excelente (75,0%). A primazia no processo de produção de informação refletida na elevada cobertura dos sistemas de informação, na definição das causas de óbito e no encerramento oportuno das doenças de notificação compulsória contribuíram com o desempenho alcançado. Por outro lado, a falta de regularidade na análise das inconsistências e duplicidades foram fragilidades encontradas que podem comprometer a fidedignidade das informações produzidas (Tabela 1).

Ainda na função produção, a dimensão volume apresentou um escore insatisfatório (46,2%). O baixo percentual de municípios com o programa de controle do tabagismo implantado, o baixo percentual de análises da qualidade da água para

consumo humano realizada e o baixo percentual de municípios com notificação de violências foram algumas das fragilidades encontradas nesta dimensão. Por outro lado, o percentual de estabelecimentos de interesse para a vigilância sanitária inspecionados e o elevado número de produção e distribuição de boletins epidemiológicos foram destaques nesta dimensão (Tabela 1).

Na função alcance das metas, a dimensão eficácia (44,2%) obteve um desempenho melhor do que a efetividade (37,5%), contudo, ambas apresentaram um desempenho insatisfatório. Os resultados do programa de controle da tuberculose e hanseníase com um percentual elevado de abandono ao tratamento, um baixo percentual de cura e elevado número de casos novos contribuiu para o desempenho insatisfatório encontrado nesta função.

Na função manutenção de valores, a dimensão qualidade de vida no trabalho apresentou o desempenho mais elevado com um escore excelente (88,3%) (Tabela 1). As principais fortalezas encontradas nesta dimensão foram referentes à satisfação dos entrevistados com seu trabalho, com a chefia e com as condições oferecidas pela instituição para desenvolvê-lo. Por outro lado, identificou-se um baixo percentual de funcionários com vínculo público. A maior parte dos entrevistados possuía contratos temporários ou exerciam cargos de confiança.

A outra dimensão estudada na função manutenção de valores, conformidade com os princípios organizacionais, também apresentou escore excelente (80,0%) (tabela 1), demonstrando uma boa concordância entre a percepção e valoração dos entrevistados e os princípios da VS estadual (transparência das ações e gastos, responsabilidade pela saúde da população, qualidade técnica e orientação para resultados).

INSERIR TABELA 1

Análise relacional ou explicativa

Uma vez constatada a elevada coesão organizacional representada pelo desempenho da função manutenção de valores (Tabela 1), questiona-se *a priori* o preparo e estruturação da VS estadual em Pernambuco para a execução das atividades necessárias para o alcance de suas metas, representadas pelas funções adaptação e produção.

Por outro lado, questiona-se a adequação das metas à realidade do estado, uma vez que em muitos casos estas metas são definidas nacionalmente, a exemplo dos

programas de controle da tuberculose, da hanseníase e da dengue, ou adotadas por meio de convenções internacionais, a exemplo dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, bem como necessitam da articulação e intervenção de outras áreas/setores para o seu pleno desenvolvimento.

A princípio, dificuldades na contratação de profissionais (adaptação) e na estruturação dos processos de trabalho (volume/adaptação) comprometeram a eficácia e a efetividade das ações de VS (alcance de metas). Falhas na produção (volume e qualidade) interferiram diretamente na eficácia e esta por sua vez na efetividade da VS estadual. Como exemplo cita-se o percentual de exames de contatos para a tuberculose e hanseníase inferior ao preconizado pelas diretrizes dos programas que interferem na incidência e no coeficiente de detecção destas enfermidades, respectivamente. Além disso, alguns aspectos da qualidade foram negligenciados a exemplo da análise da duplicidade e inconsistência dos sistemas de informação que podem vir a afetar nos resultados dos indicadores epidemiológicos e orientar erroneamente as medidas de intervenção a serem aplicadas.

Para que as metas sejam alcançadas, faz-se necessário uma análise criteriosa quanto sua adequação à realidade da VS do estado de Pernambuco. Bem como se fazem necessárias a contratação de novos profissionais e uma maior ênfase na discussão e estruturação dos processos de trabalho (instituição de colegiados e discussão/pactuação na Bipartite).

A partir do momento que estes ajustes forem instituídos, será gerado um novo equilíbrio, e, possivelmente, novos ajustes serão necessários. Por exemplo, a contratação de novos profissionais demanda a aquisição de recursos financeiros (pagamento de salários, novos equipamentos/insumos) e a capacitação destes profissionais, gerando uma tensão na função adaptação. Pode ser necessária a realocação dos recursos e pessoas de outras áreas, interferindo na produção. Por outro lado, novos profissionais interferem na cultura organizacional e demandam tempo para incorporação das normas e rotinas institucionais que podem momentaneamente, afetar de forma negativa o desempenho da função produção, e, conseqüentemente, no alcance das metas da VS estadual de Pernambuco.

Assim, o desempenho apresenta-se de forma dinâmica, em permanente construção, permitindo a organização adequar-se as contingências do ambiente e as modificações necessárias para interferir positivamente na saúde da população.

DISCUSSÃO

A utilização de um modelo multidimensional e integral para avaliar o desempenho da vigilância em saúde no âmbito estadual mostrou-se apropriado, sobretudo, pela abrangência explicativa do modelo que permitiu identificar fragilidades que influenciaram no alcance das metas. A integração conceitual de diversas concepções sobre o desempenho de organizações de saúde (SICOTTE *et al.*, 1998; CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011) permitiu uma ampliação no escopo da avaliação que freqüentemente restringe-se à análise do alcance de objetivos previamente definidos (MARCHAL, 2014) superando assim, as tradicionais avaliações tipo caixa preta (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 1997).

Desta forma, o desempenho da VS no estado de Pernambuco, sob o prisma do modelo integral, mostrou-se satisfatório, com diferenças importantes entre as funções que o compõe. Outros estudos que avaliaram o desempenho da VS ou de algum de seus componentes (TEIXEIRA *et al.*, 2012; BATTESINI, 2008; SILVA JÚNIOR, 2004) apresentam resultados diversos do aqui relatado. Este fato se deve à diversidade de abordagens metodológicas e à contingência do desempenho que pode modificar-se a depender do contexto e, sobretudo, da teoria que o ancora (CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011; THOUCKET *et al.*, 2012).

Entre as funções do modelo integral, destacou-se a função manutenção de valores, considerada por Parsons (1977) a função de maior importância nas organizações humanas, devido ao seu caráter de coesão e integração. Estudá-la ajuda a compreender as estratégias de desmobilização e não adesão às normas por parte dos funcionários, explicadas em parte, pelos mecanismos de formação da cultura organizacional e das redes interpessoais (GOMIDE; GROSSETTI, 2010; MARCHAL *et al.*, 2014).

Este não parece ser o principal problema da VS estadual em Pernambuco, que apresentou uma grande satisfação dos entrevistados com o trabalho e um elevado grau de conformidade com os princípios organizacionais. Contudo, o baixo percentual de profissionais concursados e a insuficiência de técnicos de nível superior comprometeram o desempenho global da VS e geram tensões em outras funções do modelo. O vínculo precário favorece a rotatividade profissional que gera elevada demanda por capacitações e quebra na rotina do serviço. Esta também foi uma das principais dificuldades encontradas em estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2014) na

atenção primária de um município mineiro, denotando o papel fundamental dos recursos humanos para o bom desempenho das organizações de saúde.

Esta situação contribuiu para o desempenho insuficiente da função alcance das metas. Esta é expressa pela capacidade da VS em melhorar a situação de saúde e o bem estar da população sob influência da VS (eficácia) e da população em geral (efetividade) (CHAMPAGNE; CONTRANDIOPOULOS, 2011). Para que ela se concretize é necessário um elevado desempenho nas demais funções e um alto grau de integração da VS estadual com outros setores (educação, saneamento etc.), outras áreas da saúde como a atenção e a regulação, e, com os demais níveis de gestão do sistema, devido à conformação tripartite do SUS (MARCHAL *et al.*, 2014; BRASIL, 2013).

Da mesma forma, denota-se a necessidade de maior aproximação dos processos de trabalho, das formas de fazer vigilância, promovendo um maior diálogo, co-gestão e participação social. Estes atributos são de grande relevância para a VS estadual, principalmente no que concerne à indução da descentralização das ações, permitindo superar algumas das dificuldades relatadas por Faria e Bertolozzi (2009), Cohen (2009) e Santos *et al.* (2012) como o caráter normativo e vertical do processo de descentralização, a fragilidade no preparo das equipes locais e na capacidade de gestão de muitos municípios, com impacto negativo no desempenho da VS estadual.

Além de apresentar uma alternativa aos modelos tradicionais de avaliação de desempenho, o presente estudo vem a contribuir com a discussão da necessidade de institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação no serviço público, como um mecanismo que potencialize sua capacidade de gestão e seja um instrumento de aprendizagem e melhora contínua da qualidade dos serviços ofertados (COSTA *et al.*, 2013). Necessidade esta, identificada em estudo realizado por Lotufo e Miranda (2007) que constataram insuficiência ou inadequação dos sistemas de monitoramento e avaliação nas Secretarias Estaduais de Saúde, dificultando o processo de tomada de decisão e de condução de ajustes institucionais em tempo hábil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância em saúde é um campo de atuação da saúde pública que apresenta um largo escopo de ações, envolvendo a promoção à saúde, prevenção e controle de determinantes, riscos, danos e agravos à saúde. Somado a esta característica, a organização tripartite do SUS traz consigo um desafio extra na concepção, delimitação do objeto a ser avaliado e seleção de indicadores para avaliação de desempenho.

A complexidade inerente a este processo suscita a necessidade da adoção de uma concepção abrangente do desempenho com o uso de modelos multidimensionais que consigam captar uma variedade de aspectos determinantes para o desempenho organizacional. Assim como, o conhecimento aprofundado da intervenção a ser avaliada e a seleção parcimoniosa de indicadores que sejam de fácil mensuração, sensíveis, específicos e tenham fontes de dados confiáveis.

Além do mais, a avaliação entendida como uma construção social, intersubjetiva, carregada de sentidos e valores necessita de um permanente processo de discussão e negociação. Cada etapa de sua operacionalização necessita ser debatida com os interessados para que ela possa fazer sentido e aumente a possibilidade de seu uso posterior. Com isso, fomenta-se o aprendizado pessoal e organizacional, não apenas com os resultados da avaliação, mas também, durante o processo de sua execução.

Para além da aferição e classificação dos resultados, o presente estudo permitiu identificar fragilidades e lacunas em importantes funções/dimensões do desempenho da VS estadual em Pernambuco, bem como as estratégias para sua melhoria. Contudo, vale lembrar que qualquer intervenção instituída causará uma nova configuração no desempenho da VS estadual através do equilíbrio dinâmico estabelecido entre as funções e, para tanto, necessita ser bem planejada.

Por fim, destaca-se a importância do contexto político, econômico e social no desempenho das organizações de saúde e, os limites das intervenções técnico-gerenciais em interferir na capacidade dos serviços em melhorar a saúde da população. Lidar com esta situação de incerteza e complexidade é essencial para a obtenção de organizações com alto desempenho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da Saúde: fundamentos interfaces e tendências. *Ciênc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215 - 2228, 2010.

BASSIT, M.; BLUMM, M.; MARTINS, H. F. Governança para resultados no Ministério da Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Mais Gestão é Mais Saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde*. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 27 - 43.

BATTESINI, M. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal*. 2008. 210 p. Tese (Doutorado em Engenharia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamentam a Lei nº 8080 de 1990 sobre a organização do Sistema Único de Saúde ó SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamentos das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html> Acesso em: 10 fev. 2014.

CHAMPAGNE, F.; CONTRANDIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE A. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* (Orgs.). *Avaliação em saúde conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19 - 40.

COHEN, M. M. Dilemas do processo da gestão descentralizada da vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 867-901, 2009.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. P. 29 ó 47.

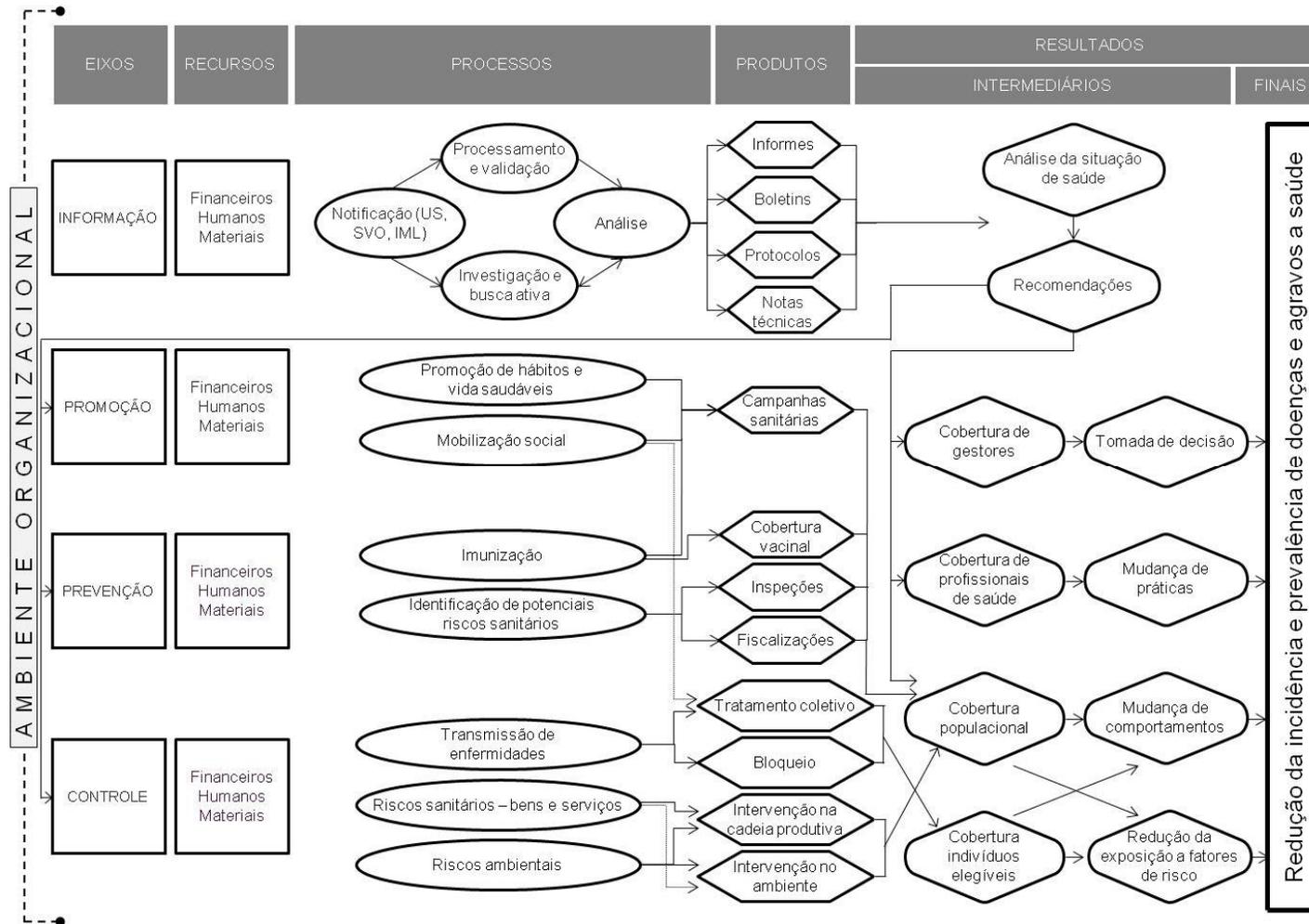
COSTA, J. M. B. S.; FELISBERTO, E.; BEZERRA, L. C. A. *et al.* Monitoramento do desempenho da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201 ó 1216, 2013.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da vigilância à saúde: um horizonte para a integralidade. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 9, p. 422 - 427, 2009.

- GOMIDE, M.; GROSSETTI, M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 873 ó 893, 2010.
- GONÇALVES, C. R.; CRUZ, M. T. da.; OLIVEIRA, M. P. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26 - 34, 2014.
- HUNTER, D. E. K.; NIELSEN, S. B. Performance management and evaluation: exploring complementarities. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7 - 17, 2013.
- LARHEY, R.; NIELSEN, S. B. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation and results based manangement: observations from Canadá. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 45 ó 56, 2013.
- LOTUFO, M; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143 ó 1163, 2007.
- MARCHAL, B.; HOERÉE, T.; SILVEIRA, V. C. *et al.* Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health*, Londres, v. 14, p. 378 ó 391, 2014.
- PARSONS T. *Social Systems and the evolution of action theory*. New York: Free Press, 1977. 420 p.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- PINTO JÚNIOR, V. L.; CERBINO NETO, J. Vigilância em saúde pública: política de financiamento no Brasil e o exemplo do Distrito Federal. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2011. p. 135 - 150.
- REINOSO, A. T. F.; MARIE, G. C.; MILORD, D. R. Una Reflexión histórica sobre la vigilancia en salud en Cuba. *Rev. Cubana de Salud Pública*, La Habana, v. 35, n. 2, p. 1 - 22, 2009.

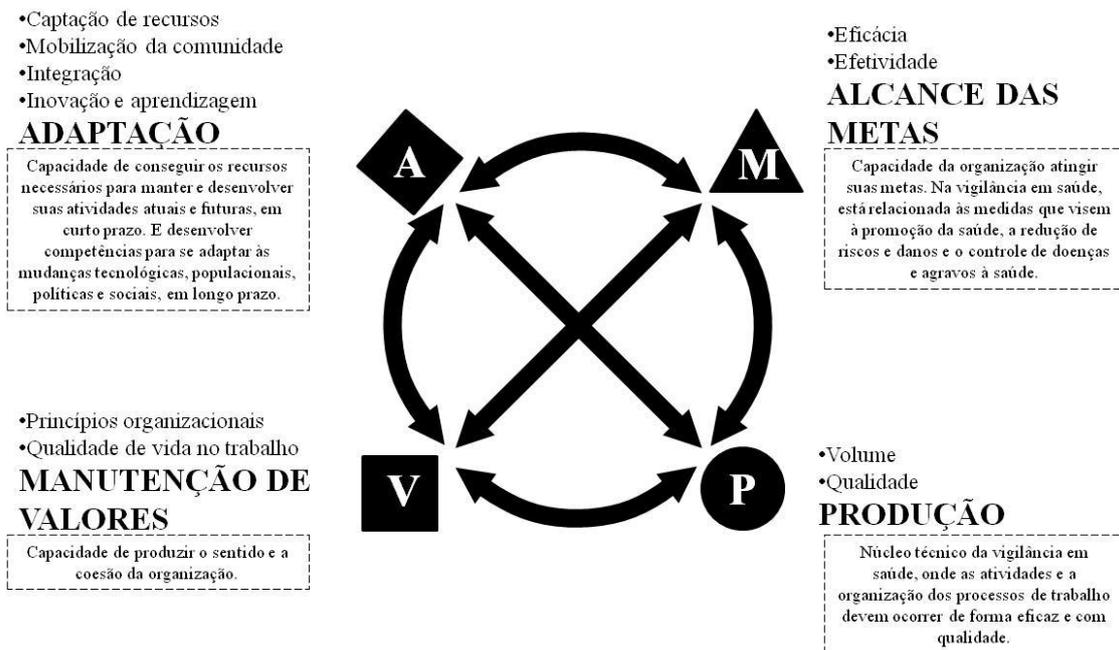
- SANTOS, S. S. B.; MELO, C. M. M.; COSTA, H. O. G. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Cien. Saud. Col.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 873 - 882, 2012.
- SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A conceptual framework for health care organizations Performance. *Health Serv. Manage. Res.*, London, v. 11, p. 24 ó 38, 1998.
- SILVA, G. A. P; TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos: campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 391 ó 399.
- SILVA, R. B. da.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; PINEAULT, R. *et al.* A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization: Concepts and Measures. *Health Policy*, Oxford, v. 6, n. 4, p. 106 - 120, 2011.
- SILVA JÚNIOR, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. 318 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.
- TCHOUAKET, E. N.; LAMARCHE, P.; GOULET, L. *et al.* Health Care System Performance of 27 OCDE Countries. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, Kerman, v. 14, n.2, p. 104 - 129, 2012.
- TEIXEIRA, G. M.; COSTA, M. C. N.; SOUZA, L. P. F. *et al.* Evaluation of Brazil`s public heath surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, v, 32, n. 1, p. 49 ó 55, 2012.
- UUSIKYLÄ, P. Transforming silo-steering into a performance governance system: The case of the Finnish central government. Performance management and evaluation. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7 - 17, 2013.
- WALDMAN, E. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 487 ó 528.

Figura 1 6 Vigilância em saúde estdual



Fonte: elaborado pelos autores

Figura 2 - Modelo integral de avaliação do desempenho da vigilância em saúde estadual



Fonte: adaptado de Sicotte *et al.* (1998); Champagne *et al.* (2011)

Tabela 1 - Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde.
Pernambuco, 2012

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
ADAPTAÇÃO	25,0	15,3	61,0%
Captação de recursos	8,0	5,75	71,9%
% de municípios que cumpriram as prerrogativas para repasse financeiro	×80% = 2,0; 60% - 79%=1,0; <60%=0,0	62%=1,0	50%
Nº de convênios ou portarias com incremento de recursos	×3 = 2,0; 2-3=1,0; <2=0,0	4=2,0	100%
Razão entre computadores e técnicos de nível superior por turno	×1 = 0,5; 0,7-0,9=0,25; <0,7=0,0	0,65=0,0	0%
Percepção dos entrevistados quanto:			
Suficiência de veículos	×7 = 0,5	8=0,5	100%
Adequação dos insumos	5-6,9 = 0,25	7,8=0,5	100%
Adequação do espaço físico	<5 = 0,0	6,0 =0,25	50%
Suficiência de técnicos de nível superior	×7 = 1,0	6,8=0,5	50%
Suficiência de técnicos de nível médio	5-6,9 = 0,5	7,9=1,0	100%
<5 = 0,0			
Mobilização Comunitária	4,5	3,0	66,7%
% de entrevistados que estabeleceram parcerias com ONG/instituições de ensino e pesquisa	×50% = 1,5; 40-49%=0,75; <40%=0,0	73%=1,5	100%
% de reuniões da CIB com temas da VS*	×60% = 1,5	36%=0,0	0,0%
	45% -59%=0,75		
	<45%=0,0	75%=1,5	100%
% de reuniões do CES com temas da VS*			
Integração	8	5,25	65,6%
Organograma atualizado	Sim =0,5; Não = 0,0	Não = 0	0,0%
Existência de colegiado de dirigentes da VS* funcionando mensalmente	Regular=0,5;irregular = 0,25; Não Existe= 0,0	Irregular = 0,25	50%
Grau de:			
Acompanhamento das metas do PES e PAS*	×7 = 1,0	7,2 = 1,0	100%
Monitoramento de planos e ações estratégicas	5-6,9 = 0,5	7,9 = 1,0	100%
<6 = 0,0			
% de entrevistados que participam de:			
Fóruns de discussão sobre a VS regularmente*	×80% = 1,0	67% = 0,5	50%
Colegiados de sua área programática	60-79%=0,5	37% = 0,0	0,0%
	<60%=0,0		
Projetos intersetoriais	×50% = 1,0; 40-49%=0,5; <40%=0,0	57% = 1,0	100%
Colegiados com representação interfederativa	×30% = 1,0; 22,5-30%=0,5; <22,5%=0,0	40% = 1,0	100%
Inovação e Aprendizagem	4,5	3,5	77,8%
% de entrevistados que:			
Participaram de estudos e pesquisas	×50% = 1,5	53% = 1,5	100%
Apresentaram trabalhos em eventos científicos	40% -49%=0,75	20% = 0,0	0%
<40%=0,0			
Opinião dos entrevistados quanto:			
Capacidade de inovação da VS*	×7 = 1,0	8,2 = 1,0	0%
Capacidade de transformação da VS*	5-6,9 = 0,5	7,7 = 1,0	0%
<6 = 0,0			
PRODUÇÃO	20,0	15,0	60%
Volume	13,0	6,0	46,2%
% de análises da qualidade da água para consumo humano (coliformes totais)	×35%=1,0; 25% -34%=0,5; <25%=0,0	20% = 0,0	0%
Razão de gestantes com o VDRL por nascidos vivos*	×1=1,0; 0,7-0,9=0,25; <0,7=0,0	0,83 = 0,5	50%
% de casos de Hanseníase com incapacidade grau II no momento do diagnóstico	< 5,0%=1,0; 5-9,9%=0,5; ×10%=0,0	6% = 0,5	50%
% de entrevistados que elaboraram e distribuíram boletins ou similares	×80% = 2,0; 60% -79%=1,0	83% = 2,0	100%
<60%=0,0			

Tabela 1 - Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde.
Pernambuco, 2012.

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
% de contatos de casos novos de hanseníase examinados		62% = 0,5	50%
% de indivíduos com TB com o DOTS realizado*	×80% = 1,0	64% = 0,5	50%
% de contatos de casos de TB examinados entre os registrados*	60-79%=0,5 <60%=0,0	47% = 0,0	0%
Percentual de gestantes com o teste rápido para HIV realizado no momento do parto		85% = 1,0	100%
% de estabelecimentos inspecionados VISA*		80% = 1,0	100%
% de municípios:			
Com o programa de controle do tabagismo	×60% = 1,0	18% = 0,0	0,0
Com pelo menos 1 notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, ao ano	45%-59%=0,5 <45%=0,0	34% = 0,0	0%
Com pelo menos 1 notificação de intoxicação exógena ao ano		37% = 0,0	0%
Qualidade	12	9,0	75,0%
% de encerramento oportuno de doenças de notificação compulsória	×80%=2,0; 60%-79%=1,0; <60%=0,0	80,5% = 2,0	100%
% de causa de óbito definida	×95% = 2,0	95% = 2,0	100%
Cobertura do SINASC*	70%-94%=1,0 <70%=0,0	94,7% = 1,0	50%
Cobertura do SIM*	×90% = 2,0; 70%-89%=1,0;<70%=0,0	98,3% = 2,0	100%
Realização de análise de duplicidade do SIM, SINASC e SINAN trimestralmente*	Regular = 2,0 Irregular = 1,0	Irregular = 1,0	50%
Realização de análise de inconsistência do SIM, SINASC e SINAN trimestralmente*	Não = 0,0	Irregular = 1,0	50%
METAS	25	10,25	41,0%
Eficácia	13	5,25	44,2%
% de fumantes na população × 18 anos	Ö13,4% = 1,5; 13,5-17,0% = 0,75; >17,0% = 0,0	12,3% = 1,5	100%
% de adultos inativos	Ö14,7%=1,5; 14,8-18,5% = 0,75; >18,5% = 0,0	18,2% = 0,75	50%
Taxa de abandono ao tratamento tuberculose	Ö5%=1,5; 5,1%-6%=0,75; >6% = 0,0	9% = 0,0	0%
% de cura de tuberculose	×75%=1,5; 56% - 74%=0,75;<56%=0,0	61% = 0,75	50%
Taxa de abandono do tratamento de pacientes com hanseníase	Ö5% = 1,5; 5,1% - 6%=0,75;>6% = 0,0	12% = 0,0	0%
% de cura da hanseníase	×90% = 1,5; 67,5-89%=0,75;<67,5%=0,0	82% = 0,75	50%
% de óbitos maternos com investigação realizada em tempo oportuno	×80% = 1,0; 60-79%=0,5 <60%=0,0	13,7% = 0,0	0%
% de óbitos infantis com investigação realizada em tempo oportuno	×60% = 1,0; 45% -59%=0,5; <45%=0,0	32,7% = 0,0	0%
Nº de ciclos com cobertura de imóveis visitados para controle da dengue × 80%	× 6=2,0; 4-5= 1,0; < 4=0,0	6 = 2,0	100%
Efetividade	12	4,5	37,5%
Coef. de mortalidade prematura por DCNT*	<145,6= 2,0; 145,7-182=1,0; >182=0,0	151,7 = 1,0	50%
Razão de mortalidade materna	<20 = 2,0; 20 ó 50 = 1,5 50 ó 150 = 1,0; >150 = 0,0	51,6 = 1,0	50%

Tabela 1 - Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde.
Pernambuco, 2012.

Conclui

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
Coef. de mortalidade infantil	< 10 = 2,0; 10-20 = 1,5; 20-50 = 1,0; >50 = 0,0	14,1 = 1,5	75%
Índice de infestação predial por aedes	0-1% = 2,0; 1,1-3,9% = 1,0; >3,9% = 0,0	1,9 = 1,0	50%
Incidência de tuberculose	0-6 = 2,0; 6-40 = 1,0; >40 = 0,0	51,7 = 0,0	0%
Coef. de detecção de hanseníase	0-7,6 = 2,0; 7,7-22 = 1,0; > 22 = 0,0	28,7 = 0,0	0%
MANUTENÇÃO DE VALORES	25	19,75	79%
Princípios Organizacionais	10	8,0	80%
Opinião dos entrevistados quanto a importância que a SEVS/PE trata:			
Transparência das ações e gastos		9,1 = 1,25	100%
Responsabilização pela saúde da população	×7=1,25	9,1 = 1,25	100%
Qualidade técnica dos serviços prestados	5-6,9=0,75	8,4 = 1,25	100%
Orientação por resultados	<5=0,0	8,4 = 1,25	100%
Valoração individual e organizacional quanto:			
Transparência das ações e gastos		0,93=0,75	60%
Responsabilidade pela saúde da população	×1=1,25	0,91=0,75	60%
Qualidade técnica dos serviços prestados	0,7-0,9=0,75	0,86=0,75	60%
Orientação por resultados	<0,7=0,0	0,89=0,75	60%
Qualidade de Vida no Trabalho	15	13,25	88,3%
% de entrevistados:			
Com vínculo público		43 = 0,0	0%
Que participaram de atividade de educação permanente	×80%=1,25 60-79%=0,75 <60%=0,	73 = 0,75	50%
Com especialização em sua área de atuação		97 = 1,25	100%
Opinião dos entrevistados quanto:			
Qualidade da comunicação formal e informal		7,5 = 1,25	100%
Qualidade do clima organizacional		8,15 = 1,25	100%
Grau de respeito à diversidade de pensamento		8,1 = 1,25	100%
Grau de satisfação no trabalho		8,7 = 1,25	100%
Grau de satisfação com as condições de trabalho	×7=1,25	7,5 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto ao reconhecimento do trabalho	5-6,9=0,75 <5=0,0	8,6 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto o comportamento e a competência dos superiores		8,6 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto ao suporte à formação		8,8 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto às relações humanas entre os funcionários		7,9 = 1,25	100%
DESEMPENHO GLOBAL	100,0	64,0	64%

Fonte: elaborado pelos autores

*CIB: Comissão Intergestores Bipartite; CES: Conselho Estadual de Saúde; VS: vigilância em saúde; PES: Plano Estadual de Saúde; PAS: Plano Anual de Saúde; TB: tuberculose; DOTS: tratamento diretamente observado; HIV: vírus da imunodeficiência humana; VISA: vigilância sanitária; SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade; SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; SEVS: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

10 DISCUSSÃO

A vigilância em saúde é um campo da saúde pública que apresenta um escopo diversificado de ações com graus variados de complexidade (ARREAZA; MORAES, 2010a; WALDMAN, 2009). Entender a sua natureza, atribuições e responsabilidades é fundamental, mas não suficiente para promover um arranjo capaz de melhorar o seu desempenho e de responder às necessidades de saúde da população.

Para tanto, é necessário o acesso a informações confiáveis e precisas para a produção de conhecimento estratégico que permita orientar o processo de gestão, desenvolver ações, acompanhar sua implantação e verificar as mudanças alcançadas (HATRY, 2013; MAYNE, 2010). Neste sentido, diversos autores têm apontado o monitoramento e a avaliação do desempenho como essenciais para a criação de organizações com alto desempenho (HATRY, 2013; HUNTER; NIELSEN, 2013; LARHEY; NIELSEN, 2013; UUSIKYKÄ, 2013).

Nesta tese, foram trabalhadas as duas estratégias: o monitoramento (artigo 1) e a avaliação de desempenho (artigo 3) por considerá-las estratégias distintas, contudo complementares (LAHREY; NIELSEN, 2013). Enquanto o monitoramento do desempenho permite o acompanhamento de indicadores chave ao longo do tempo, fornecendo informações necessárias para a prestação de contas, a tomada de decisões, e como um sistema de alerta (IMMONEN; COOKSY, 2014), a avaliação permite um entendimento mais profundo do desempenho e quais os ajustes são necessários (LAHREY, 2010).

A complementaridade entre o monitoramento e a avaliação vem sendo bastante estudado na literatura (BOLL; HOEMBERG, 2013; LAHEY; NIELSEN, 2013), contudo, não foi objeto de estudo nesta tese. Apesar disso, a complementaridade, principalmente a informacional, foi considerada na elaboração do instrumento de monitoramento e na execução da avaliação de desempenho estadual da vigilância em saúde. Corroborando, assim, as assertivas de Lahrey e Nielsen (2013) quanto à necessidade de uma maior clareza nos usos e potencialidades do monitoramento e da avaliação e a importância da integração das diversas fontes de informação sobre o desempenho.

Segundo Larhey (2010) para que ocorra um uso adequado do monitoramento e da avaliação do desempenho é necessário um ambiente facilitador nas organizações. Esta preocupação permeou o processo de elaboração do instrumento de monitoramento do desempenho. Muitas das reflexões realizadas e das estratégias propostas para facilitar seu uso (COSTA *et al.*, 2013) foram aplicadas no desenvolvimento da avaliação, principalmente, no

que se refere ao envolvimento dos interessados e no papel do avaliador enquanto facilitador do processo de aprendizagem individual e organizacional (PRESKILL; CARACELLI, 1997).

A aprendizagem é questão chave para o desempenho organizacional (LAHREY; NIELSEN, 2013). Mayne (2010) destaca que o monitoramento e a avaliação para serem de fato instrumentos de aprendizagem necessitam ser inclusivos e responsivos. As organizações devem aprender com erros e desempenhos fracos, criar tempo para aprender e estimular a troca de conhecimentos. Estes aspectos foram considerados essenciais e permearam o desenvolvimento dos estudos supracitados (artigos 1 e 3).

Uma questão de grande importância para o desenvolvimento da tese referiu-se ao conceito de desempenho de organizações de saúde. Este é entendido como um termo polissêmico e complexo (SICOTTE *et al.* 1998; TCHOUAKET *et al.* 2012). A diversidade de conceitos que envolvem o desempenho, sua predominância em países Europeus e Norte Americanos trouxeram a curiosidade de saber e entender como o desempenho de organizações de saúde vem sendo estudado na América Latina, na tentativa de identificar um modelo de avaliação que se aproximasse mais do contexto brasileiro.

Os resultados do estudo apresentado no artigo 2 demonstraram a incipiência na qual os estudos latino-americanos descrevem os modelos de avaliação de desempenho. Esses modelos permitem uma melhor delimitação do desempenho e trazem consigo conceitos e concepções que podem ser divergentes entre si. Sob a ótica de um modelo uma organização pode ter um ótimo desempenho, e, quando analisado sob a ótica de outro modelo, os resultados podem não ser muito favoráveis (SICOTTE *et al.*, 1998).

Entre os estudos identificados na revisão sistemática (artigo 2), apenas dois estudos utilizaram modelos com uma abordagem multidimensional. De acordo com a literatura, os modelos multidimensionais são mais adequados para avaliar organizações complexas como as do setor saúde (BATTESINI, 2008; CHAMPAGNE *et al.*, 2011; SICOTTE *et al.*, 1998; TCHOUAKET *et al.*, 2012). Assim, tomou-se como base um desses modelos o EGIPSS, para a consecução do terceiro artigo por suas características de integração e abrangência que se adequavam mais ao estudo do desempenho estadual da vigilância em saúde. Além disso, estudo realizado por Reis (2012) identificou o modelo EGIPSS, entre os modelos multidimensionais, aquele que possuía uma maior capacidade ou ópotência avaliativa.

O desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco foi considerado satisfatório, com diferenças importantes entre as funções que o compõe (adaptação, produção, metas e valores). Segundo Reis (2012), cada componente do sistema de ação social possui características específicas e não podem ser reduzidos aos demais, ou seja, embora sejam inter-

relacionados, são independentes. Conhecer as fragilidades em cada função, como elas se relacionam e influenciam no alcance das metas é tarefa essencial para promover os ajustes necessários.

Além disso, a melhora no desempenho estadual da vigilância em saúde pode a vir a contribuir com um melhor desempenho do sistema de saúde em geral. Reinoso, Marie e Milord (2009), identificaram uma melhora no estado de saúde da população a partir das melhorias instituídas na vigilância em saúde em Cuba.

Assim, os achados dos três artigos que compõe esta tese dão subsídios ao desenvolvimento de pesquisas futuras que pretendam estudar a gestão do desempenho da vigilância em saúde estadual e avançar na proposição de estratégias que venham a contribuir na gestão de redes complexas e na governança pública (HUNTER; NIELSEN, 2013; UUSIKYKÄ, 2013).

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu:

- a) Compreender o conceito de vigilância em saúde, seu campo de atuação e atribuições do nível estadual;
- b) Discutir o conceito de desempenho de organizações de saúde, suas concepções e aplicações;
- c) Desenvolver um instrumento para monitorar o desempenho estadual da gestão da vigilância em saúde;
- d) Delinear estratégias que facilitam o uso do referido instrumento de monitoramento;
- e) Conhecer os principais modelos para avaliar o desempenho de intervenções em saúde (programas, serviços, sistemas) disponíveis na literatura latino-americana;
- f) Determinar o desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco;
- g) Compreender as influências das demais funções do desempenho na função alcance de metas;
- h) Identificar as principais fortalezas e fragilidades no desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco.

Durante o desenvolvimento desta tese foram realizadas diversas rodadas de conversas com gestores, técnicos e gerentes da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco com o intuito de definir os objetivos do estudo, delimitar a intervenção (vigilância em saúde estadual), adequar o modelo de avaliação e selecionar os indicadores e os padrões para o julgamento de valor. Diante da complexidade da VS estadual, composta por diversos programas de naturezas distintas e um número grande de normatizações, estas etapas foram fundamentais para envolver os interessados, alinhar os conceitos e adequar o processo avaliativo à realidade da VS estadual.

Os painéis de monitoramento e algumas das estratégias para facilitar seu uso (artigo 1) foram instituídas na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, tornando-se um dos principais mecanismos de apoio a gestão desta Secretaria. Os resultados da avaliação (artigo 3) serão discutidos com todos os envolvidos e espera-se com isso, subsidiar estratégias que venham a melhorar o desempenho da VS estadual em Pernambuco.

Diante dos achados do presente estudo recomenda-se:

- a) Realizar uma avaliação do monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde, instituída com base nos instrumentos e estratégias de uso propostas nesta tese;

- b) Promover integração entre o monitoramento e a avaliação do desempenho à sistemática de tomada de decisões baseadas em evidência na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco;
- c) Instituir mecanismos que dêem sustentabilidade à proposta de monitoramento e de avaliação do desempenho;
- d) Rever periodicamente os indicadores e padrões utilizados para o monitoramento e a avaliação;
- e) Utilizar a análise relacional para auxiliar na escolha de intervenções para melhorar o desempenho da Vigilância em Saúde estadual.

REFERÊNCIAS

- ALKIN, M. *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. Califórnia: Sage, 2004. 350 p.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da Saúde: fundamentos interfaces e tendências. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215 - 2228, 2010a.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C.. Contribuições teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto da vigilância em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627 - 2638, 2010b.
- BASSIT, M.; BLUMM, M.; MARTINS, H. F. Governança para resultados no Ministério da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais Gestão é Mais Saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde*. Brasília, 2009. p. 27-43. (Série B. Textos básicos de saúde).
- BATTESINI, M. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal*. 2008. 210 p. Tese (Doutorado em Engenharia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E.; FRIAS P. G. de. *et al.* A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827 - 839, 2009.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 65-78.
- BOLL, J.; HOEMBERG, L. Performance management and evaluation in the Danish Public Employment Service. In: NIELSEN, S. B; HUNTER, D. E. K. (Org.) *New Directions for Evaluation*. Honolulu: Willey, 2013. v. 137, p.57 - 68.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976*. Regulamenta a Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Brasília, 1976. Disponível em: <<http://wwwt.senado.gov.br/legbras/>> Acesso em: 22 fev. 2012.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamentam a Lei n° 8080 de 1990 sobre a organização do Sistema Único de Saúde o SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei n° 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. Brasília, 1975. Disponível em: <<http://wwwt.senado.gov.br/legbras/>> Acesso em: 22 fev. 2012.

BRASIL. Presidência da República. *Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1378, de 9 de julho de 2013*. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamentos das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1654, de 19 de julho de 2011*. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, componente da qualidade do piso da atenção básica variável ó PAB variável. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1708, de 16 de agosto de 2013*. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de avaliação para qualificação do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2011c. 26 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 78p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. 154p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 228p.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CASTRO, A. M.; DIAS, E. F. (Org.). *Introdução ao pensamento sociológico*: Émile Durkheim, Weber, Marx e Parsons. São Paulo: Centauro, 2005. 252p.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. *et al.* (Org.). *Avaliação em saúde conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-40.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; STE-MARIE, G. *Avaliação Global e Integrada do Desempenho de Hospitais do Mato Grosso do Sul*. Brasília: Conass, 2012. 30p.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29 ó 47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; TROTTIER, L. H.; CAHMAPAGNE, F. Improving performance: a key issue for Quebec's health and social services centers. *Infoletter*, Montreal, v. 5, n. 2, p. 2-6, 2008.

COSTA, J. M. B. S. *et al.* Monitoramento do desempenho da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201 ó 1216, 2013.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it e assessed? *JAMA*, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DRUMMOND JÚNIOR, M. *Epidemiologia nos municípios: muito além das normas*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 53-66.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELE, A. *et al.* (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-40.

FARIA, C. A. P. A política de avaliação de políticas públicas. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, 2005.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da vigilância à saúde: um horizonte para a integralidade. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 9, p. 422 - 427, 2009.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de.; NAVARRO, L. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. *et al.* *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-15.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações de ação governamental. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 23. p. 7-70, 2001.

GROENE, O. *et al.* The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *Int. J. Qual. Health Care*, Oxford, v. 20, n. 3, p. 155 ó 161, 2008.

GUBA, E. G.; LINCON, Y. S. The coming of age of Evaluation. In: _____. *Fourth Generation Evaluation*. London: Sage Publication, 1989. p. 21-49.

GUISSET, A. L. *et al.* Définition de La Performance Hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des Hôpitaux. *Sci. Soc. Santé*, Montrouge, v. 20, n. 2, p. 65-104, 2002.

HATRY, H. P. Sorting the Relationships Among Performance Measurement, Program Evaluation, and Performance Management. . In: NIELSEN, S. B; HUNTER, D. E. K. (Org.) *New Directions for Evaluation*. Honolulu: Willey, 2013. v. 137, p. 19-32.

HARTZ, Z. M. A.; FERRINHO, P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: _____. *A Nova Saúde Pública: a saúde pública da era do conhecimento*. Lisboa: Gradiva, 2011. p.58-79.

HUNTER, D. E. K.; NIELSEN, S. B. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. In: NIELSEN, S. B; HUNTER, D. E. K. (Org.). *New Directions for Evaluation*. Honolulu: Willey, 2013. v. 137, p. 7 -18.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 663-703, 2006.

IMMONEN, S.; COOKSY, L. L. Using performance measurement to assess research: Lessons learned from the international agricultural research centres. *Eval. rev.*, Washington, v. 20, p. 96-114, 2014.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *The balanced scorecard*. Cambridge: Havard University Press, 1996. 303 p.

KLASSEN, A.; MILLER, A.; ANDERSON, N. *et al.* Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a Systematic review. *Int. J. Qual. Health Care*, Oxford, v. 22, n. 1, p. 44- 69, 2009.

LARHEY, R. *The Canadian M&E system: lessons learned from 30 years of development*. Washington: World Bank, 2010. 40 p.

LARHEY, R.; NIELSEN, S. B. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation and results based manangement: observations from Canadá. In: NIELSEN, S. B; HUNTER, D. E. K. (Org.). *New Directions for Evaluation*. Honolulu: Willey, 2013. v. 137, p. 45 ó 56.

LOTUFO, M; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143 ó 1163, 2007.

MARCHAL, B. *et al.* Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health*, London, v. 14, p. 378 ó 391, 2014

MARK, M. M.; HENRY, G. T; JULNES, G. *Evaluation: an integrated framework for understanding, guiding, and improving policies and programs*. San Francisco: Jossey Bass, 2000. 400p.

MASSOUD, R. *et al.* *A modern paradigm for improving healthcare quality*. Maryland: US Agency for International Development by the Quality Assurance Project, 2001. 90p.

MAYNE J. Building an evaluative culture: the key to effective evaluation and results management. *Can. J. Program. Eval.*, Ontário, v. 24, n. 2, p. 1 ó 30, 2010.

NAYLOR, C. D.; IRON, K.; HANDA, K. Measuring Health System Performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: ORGANISATION DE

COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Measuring up: improving health system performance in OCDE countries*. Paris, 2002.

PARSONS, T. *The social system*. New York: Free Press, 1951. 575p.

PARSONS, T. *Social Systems and the evolution of action theory*. New York: Free Press, 1977. 420 p.

PEREIRA, L. C. B. *A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado. 1997. 59 p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado).

PINTO JÚNIOR, V. L.; CERBINO NETO, J. Vigilância em saúde pública: política de financiamento no Brasil e o exemplo do Distrito Federal. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2011. p. 135 - 150.

PRESKILL, H.; CARACELLI, V. Current and developing conceptions of use: evaluation use survey results. *Am. J. Eval.*, Thousand Oaks, v. 18, p. 209-225, 1997.

QUINN, R. E.; ROHRBAUGH, J. A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Oper. Res. / Manage. Sci.*, Whippany, v. 29, n. 3, p. 363-377, 1983.

REINOSO, A. T. F.; MARIE, G. C.; MILORD, D. R. Una Reflexión histórica sobre la vigilancia en salud en Cuba. *Rev. Cuba. Salud Pública*, Habana, v. 35, n. 2, p. 1 - 22, 2009.

REIS, A. C. G. V. *A noção de equilíbrio como Proxy da avaliação de desempenho de sistemas de saúde*. 2012. 103 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SABROZA, P. *Vigilância em Saúde*. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/gts/vigilancia_em_saude_sabrosa.pdf> Acesso em: 27 jun. 2012.

SANTOS, S. S. B. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Cien. Saud. Col.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2012, p. 873 - 882.

SICOTTE, C. *et al.* A conceptual framework for health care organizations Performance. *Health Serv. Manage. Res.*, London, v. 11, p. 24 ó 38, 1998.

SILVA, G. A. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. G. M. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2463 - 2475, 2008.

SILVA, R. B. da. *et al.* A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization: Concepts and Measures. *Health Policy*, Amsterdam, v. 6, n. 4, p. 106-120, 2011.

SILVA JÚNIOR, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. 318 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press, 1998. 438p.

TCHOUAKET, E. N. *et al.* Health Care System Performance of 27 OCDE Countries. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, Chichester, v. 14, n.2, p. 104 -129, 2012.

TEIXEIRA, G. M. *et al.* Evaluation of Brazil`s public heath surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, v, 32, n. 1, p. 49 ó 55, 2012.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.; VILASBOAS, A. L. SUS modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. Sus*, Brasília, v. 7, n. 2 p. 8 - 28, 1998.

TEIXEIRA, G. M.; RISI JÚNIOR, J. B.; COSTA, M. C. N. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 313 ó 356.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529 - 550, 2008.

ESTADOS UNIDOS. United States Agency for International Development. *Evaluation Policy*. United States, 2011. 14p.

UUSIKYLÄ, P. Transforming silo-steering into a performance governance system: The case of the Finnish central government. Performance management and evaluation. In: NIELSEN, S. B; HUNTER, D. E. K. (Org.). *New Directions for Evaluation*. Honolulu: Willey, v. 137, 2013. p. 7-17.

VALLE, R. *Avaliação multidimensional de desempenho: um desafio para as empresas estatais*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004. 17p.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIACAVA F. *et al.* Avaliação de desempenho de sistema de saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921 - 934, 2012.

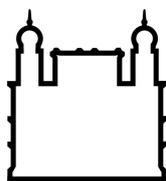
VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 15-40.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Inf. Epidemiol. Sus*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 8 ó 26, 1998.

WALDMAN, E. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 487 ó 528.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, M. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicas da avaliação. In: WORTHEN, B. R.; SANDERS, M. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente, 2004. p. 33-58.

APÊNDICE A ó Instrumento para entrevistas com técnicos e gestores da vigilância em saúde
estadual



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Programa de Doutorado em Saúde Pública

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nº - () Início: _____ Fim: _____

Gestor () Técnico ()

Nome: _____

Idade: _____ Sexo M () F () Escolaridade: _____

Função: _____ Tempo na função: _____

ADAPTAÇÃO

Obtenção de recursos

1 - Você considera o espaço físico adequado para a realização das ações de VS?

Escolha uma nota 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

Justifique a sua resposta: _____

2 - Você considera adequada a quantidade e a qualidade dos insumos utilizados nas ações de vigilância em saúde de sua área de atuação?

Escolha uma nota 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

Justifique a sua resposta: _____

3- Existem técnicos de nível superior sob sua coordenação?

() sim () não ()

Se sim, você os considera em número suficiente?

Escolha uma nota 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

4- Existem técnicos de nível médio sob sua coordenação?

() sim () não ()

Se sim, você os considera em número suficiente?

Escolha uma nota 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

Integração

5 - Qual o grau de importância que você dá aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação? Escolha uma nota 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

6 - Você conhece e acompanha as metas da VS no PES e PAS?

() Sim () Não

6.1- Se sim, cite as três que você considera principais: _____

7- Qual o grau de uso do monitoramento planos e ações estratégicas em sua área de atuação? Atribua uma nota de 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

8- Qual o grau de uso dos resultados do monitoramento e de avaliações para o planejamento de ações e a tomada de decisões?

Atribua uma nota de 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

9- Você participa de algum fórum de discussão sobre a VS regularmente?

() sim () Não

Se sim, qual? _____

10- Na sua área programática existe algum colegiado para planejamento, monitoramento e avaliação de propostas de intervenção?

() sim () Não

Se sim, qual a periodicidade das reuniões? _____

11- Você possui alguma parceria com organismos não governamentais para o desenvolvimento de ações de VS?

() Sim () Não

Se sim. Cite quantas parcerias estão atualmente instituídas? ()

Quais são? _____

12- Você participou de algum projeto intersetorial e/ou interinstitucional no último em 2013?

() Sim () Não

Se sim, quantos projetos intersetoriais e/ou interinstitucionais a você participou ()

Quais foram? _____

13- Você participa de algum colegiado com representação/abrangência interfederativa?

() Sim () Não

Se sim, qual? _____

Inovação e Transformação

14- Em 2013 você participou de algum estudo/pesquisa na área da VS?

() Sim () Não

Se sim, qual foi? _____

15- Em 2013 você apresentou trabalho(s) em congressos científicos?

() Sim () Não

Se sim, em qual congresso? _____

16 ó Em sua opinião, qual a capacidade de inovação da gestão da VS?

Atribua uma nota de 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

17 ó Em sua opinião, qual capacidade de transformação da gestão da VS?

Atribua uma nota de 0 ó 10, onde 0 é a pior situação e 10 a melhor: ()

PRODUÇÃO

Informação

18- Você elaborou e distribuiu para profissionais de saúde, sociedade civil e/ou imprensa algum boletim ou similar em 2013?

() Sim () Não

Se sim, quantos?: () Quis foram?: _____

METAS

Equidade

19 ó Você utiliza algum critério de priorização para implantação das ações de vigilância em saúde?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, quais são estes critérios?

20- Você utiliza alguma estratégia para promover a acessibilidade de populações com maior vulnerabilidade nas ações de VS?

() sim () não

Se sim, cite quais são:

VALORES:

Conformidade dos Princípios Organizacionais

21- Em sua opinião qual o grau de importância dos seguintes princípios organizacionais?

Dê uma nota de 0-10, onde 0 representa a pior situação e 10 a melhor.

Transparência das ações e gastos ()

Responsabilidade pela saúde da população ()

Qualidade técnica dos serviços prestados ()

Orientação por resultados ()

22- Em sua opinião qual o grau de importância que os seguintes princípios organizacionais são tratados na SEVS/PE? Dê uma nota de 0-10, onde 0 representa a pior situação e 10 a melhor.

Transparência das ações e gastos ()

Responsabilidade pela saúde da população ()

Qualidade técnica dos serviços prestados ()

Orientação por resultados ()

Qualidade de Vida no Trabalho

23- Qual seu tipo de vínculo com a SES/PE?

Celetista () Bolsista () Cedido () Contratado () Terceirizado () Outros: _____

24- Você participou de alguma estratégia de educação permanente no último ano?

Sim () Não () Não sabe ()

Se sim, qual foi? _____

25- Você tem especialização em sua área de atuação?

Sim () Não (). Se sim, qual? _____

26- Em sua opinião como é a qualidade da comunicação formal e informal da SEVS? Dê uma nota de 0-10, onde 0 representa a pior situação e 10 a melhor ()

27- Em sua opinião como é a qualidade do clima organizacional? Dê uma nota de 0-10, onde 0 representa a pior situação e 10 a melhor ()

28- Em sua opinião qual é o grau de respeito à diversidade de pensamento na SEVS? Dê uma nota de 0-10, onde 0 representa a pior situação e 10 a melhor ()

29- Qual o seu grau de satisfação quanto (dê uma nota de 0-10, onde 0 representa a pior situação e 10 a melhor):

Seu trabalho (responsabilidade, tomada de decisão) ()

Condições de trabalho ()

Reconhecimento de seu trabalho ()

Comportamento e competência dos superiores ()

Suporte à formação ()

Relações humanas entre os funcionários ()

APÊNDICE B 6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - *EXPERTS*

Título da pesquisa: Avaliação do desempenho da gestão estadual da vigilância em saúde. Pernambuco, 2013

Pesquisadora Responsável: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Instituições participantes da pesquisa: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ) / Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo científico acima referido, na qualidade de especialista (*expert*) para validação dos modelos lógico da vigilância em saúde estadual, do modelo de avaliação do desempenho (dimensões e critérios) e da matriz de análise e julgamento. Para tanto, será disponibilizado os materiais anteriormente referidos para a análise do conteúdo e da plausibilidade do modelo lógico, da consistência teórica das dimensões e critérios do desempenho bem como dos indicadores e padrões da matriz de desempenho.

Os participantes irão manifestar individualmente a sua concordância ou discordância com os material apresentado, expressando livremente a opinião sobre a importância relativa de cada um deles. Os especialistas poderão sugerir a exclusão, inclusão ou modificação de dimensões, critérios, indicadores e/ou padrões ampliando a validade destes, conferindo maior legitimidade ao processo avaliativo.

Será garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa desta; o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase de sua execução sem qualquer penalização; a confidencialidade e o anonimato; as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os riscos relacionados com a participação na pesquisa podem envolver constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, ficando estes dados sob sigilo e de responsabilidade dos pesquisadores. Os resultados serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos e sua participação irá contribuir para o conhecimento do desempenho da vigilância em saúde estadual, permitindo, fortalecer e qualificar a gestão deste campo da saúde pública.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e outra pela pesquisadora.

Pesquisador: _____

Participante: _____

_____, ____/____/2013.

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa: (81)86011620 (julimartins.costa@gmail.com)

Eduarda Cesse: (81)88920670 (educesse@cpqam.fiocruz.br)

Eduardo Maia Freese de Carvalho: (81)87730342 (freese@cpqam.fiocruz.br)

Isabella Samico: (81)96641140 (isabella@imip.org.br)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTAS

Título da pesquisa: Avaliação do desempenho da gestão estadual da vigilância em saúde. Pernambuco, 2013

Pesquisadora Responsável: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Instituições participantes da pesquisa: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ) / Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo científico acima referido, na qualidade de entrevistado, que tem como objetivo avaliar o desempenho da vigilância em saúde em Pernambuco. A metodologia do estudo compreenderá uma pesquisa avaliativa onde será analisado o desempenho do sistema estadual de vigilância em saúde numa perspectiva multidimensional. Serão entrevistados técnicos e gestores do nível central da vigilância em saúde estadual, utilizando-se um questionário estruturado construído a partir revisão da literatura, da normatização de regulamenta a área da vigilância e do consenso entre especialistas.

Será garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa desta; o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase de sua execução sem qualquer penalização; a confidencialidade e o anonimato; as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os riscos relacionados com a participação na pesquisa podem envolver constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, ficando estes dados sob sigilo e de responsabilidade dos pesquisadores. Os resultados serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos e sua participação irá contribuir para o conhecimento do desempenho da vigilância em saúde estadual, permitindo, fortalecer e qualificar a gestão deste campo da saúde pública.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e outra pela pesquisadora.

Pesquisador: _____

Participante: _____

_____, ____/____/2013.

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa: (81)86011620 (julimartins.costa@gmail.com)

Eduarda Cesse (orientador): (81)88920670 (educesse@cpqam.fiocruz.br)

Eduardo Maia Freese de Carvalho: (81)87730342 (freese@cpqam.fiocruz.br)

Isabella Samico (co-orientadora): (81)96641140 (isabella@imip.org.br)

APÊNDICE C ó Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em
saúde

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
ADAPTAÇÃO	25,0	15,3	61,0%
Captação de recursos	8,0	5,75	71,9%
% de municípios que cumpriram as prerrogativas para repasse financeiro do MS	×80% = 2,0 60% -79%=1,0 <60%=0,0	62%=1,0	50%
Nº de convênios firmados ou portarias aderidas que resultaram em incremento de recursos	×3 = 2,0 2-3=1,0 <2=0,0	4=2,0	100%
Razão entre computadores e técnicos de nível superior por turno	×1 = 0,5 0,7-0,9=0,25 <0,7=0,0	0,65=0,0	0%
Suficiência de veículos para ações da VS	×7 = 0,5 5-6,9 = 0,25 <5 = 0,0	8=0,5	100%
Adequação dos insumos segundo a percepção dos entrevistados	×7 = 0,5 5-6,9 = 0,25 <5 = 0,0	7,8=0,5	100%
Adequação do espaço físico segundo a percepção dos entrevistados	×7 = 0,5 5-6,9 = 0,25 <5 = 0,0	6,0 =0,25	50%
Suficiência de técnicos de nível superior segundo a opinião dos entrevistados	×7 = 1,0 5-6,9 = 0,5 <5 = 0,0	6,8=0,5	50%
Suficiência de técnicos de nível médio segundo a opinião dos entrevistados	×7 = 1,0 5-6,9 = 0,5 <5 = 0,0	7,9=1,0	100%
Mobilização Comunitária	4,5	3,0	66,7%
% de respondentes que estabeleceram parcerias com ONG	×50% = 1,5 40-49%=0,75 <40%=0,0	73%=1,5	100%
% de reuniões da CIB com temas da VS	×60% = 1,5 45% -59%=0,75 <45%=0,0	36%=0,0	0,0%
% de reuniões do CES com temas da VS	×60% = 1,5 45% -59%=0,75 <45%=0,0	75%=1,5	100%
Integração	8	5,25	65,6%
Organograma atualizado	Sim =0,5 Não = 0,0	Não = 0	0,0%
% de entrevistados que conhecem e acompanham as metas do PES e PAS	×7 = 1,0 5-6,9 = 0,5 <6 = 0,0	7,2 = 1,0	100%
Grau do monitoramento de planos e ações estratégicas	×7 = 1,0 5-6,9 = 0,5 <6 = 0,0	7,9 = 1,0	100%
Existência de colegiado de dirigentes da VS funcionando mensalmente	Regular=0,5 Irregular=0,25 Não Existe= 0,0	Irregular = 0,25	50%
% de entrevistados que participam de fóruns de discussão sobre a VS regularmente	×80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	67% = 0,5	50%

APÊNDICE C ó Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
% de entrevistados que participam de colegiados de sua área programática regularmente	×80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	37% = 0,0	0,0%
% de entrevistados que participaram de projetos intersetoriais	×50% = 1,0 40-49%=0,5 <40%=0,0	57% = 1,0	100%
% de entrevistados que participam de colegiados com representação interfederativa	×30% = 1,0 22,5-30%=0,5 <22,5%=0,0	40% = 1,0	100%
Inovação e Aprendizagem	4,5	3,5	77,8%
% de entrevistados que participaram de estudos e pesquisas na área de VS	×50% = 1,5 40%-49%=0,75 <40%=0,0	53% = 1,5	100%
% de entrevistados que apresentaram trabalhos em eventos científicos	×50% = 1,0 40%-49%=0,5 <40%=0,0	20% = 0,0	0%
Opinião dos entrevistados quanto a capacidade de inovação da VS	×7 = 1,0 5-6,9 = 0,5 <6 = 0,0	8,2 = 1,0	0%
Opinião dos entrevistados quanto a capacidade de transformação da VS	×7 = 1,0 5-6,9 = 0,5 <6 = 0,0	7,7 = 1,0	0%
PRODUÇÃO	20,0	15,0	60%
Volume	13,0	6,0	46,2%
% de municípios com o programa de controle do tabagismo implantado	×60% = 1,0 45%-59%=0,5 <45%=0,0	18% = 0,0	0,0
% de estabelecimentos de interesse para a VISA inspecionados	×60% = 1,0 45%-59%=0,5 <45%=0,0	80% = 1,0	100%
% de análises da qualidade da água para consumo humano referentes ao parâmetro coliforme totais realizado de acordo com o preconizado pela Diretriz Nacional	×35%=1,0 25%-34%=0,5 <25%=0,0	20% = 0,0	0%
% de municípios com pelo menos 1 unidade de saúde notificando compulsoriamente a violência doméstica, sexual e outras violências, ao ano	×60% = 1,0 45%-59%=0,5 <45%=0,0	34% = 0,0	0%
% de municípios com pelo menos 1 notificação de intoxicação exógena ao ano	×60% = 1,0 45%-59%=0,5 <45%=0,0	37% = 0,0	0%
% de casos de Hanseníase com incapacidade grau II no momento do diagnóstico	< 5,0%=1,0 5-9,9%=0,5 ×10%=0,0	6% = 0,5	50%
% de contatos de casos novos de hanseníase examinados	×80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	62% = 0,5	50%
% de indivíduos com TB com o DOTS realizado	×80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	64% = 0,5	50%
% de contatos de casos de TB examinados entre os registrados	×80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	47% = 0,0	0%

APÊNDICE C ó Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
Razão de gestantes com o VDRL por nascidos vivos	×1=1,0 0,7-0,9=0,25 <0,7=0,0	0,83 = 0,5	50%
Percentual de gestantes com o teste rápido para HIV realizado no momento do parto	×80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	85% = 1,0	100%
% de entrevistados que elaboraram e distribuíram boletins ou similares	×80% = 2,0 60% -79%=1,0 <60%=0,0	83% = 2,0	100%
Qualidade	12	9,0	75,0%
% de encerramento oportuno de Doenças de Notificação Compulsória	×80%=2,0 60% -79%=1,0 <60%=0,0	80,5% = 2,0	100%
% de causa de óbito definida	×95% = 2,0 70% -94%=1,0 <70%=0,0	95% = 2,0	100%
Cobertura do SIM	×90% = 2,0 70% -89%=1,0 <70%=0,0	98,3% = 2,0	100%
Cobertura do SINASC	×95%=2,0 70% -94%=1,0 <70%=0,0	94,7% = 1,0	50%
Realização de análise de duplicidade do SIM, SINASC e SINAN regularmente (trimestral)	Regular = 2,0 Irregular = 1,0 Não = 0,0	Irregular = 1,0	50%
Realização de análise de inconsistência do SIM, SINASC e SINAN regularmente (trimestral)	Regular = 2,0 Irregular = 1,0 Não = 0,0	Irregular = 1,0	50%
METAS	25	10,25	41,0%
Eficácia	13	5,25	44,2%
% de fumantes na população × 18 anos	Ö13,4% = 1,5 13,5-17,0% = 0,75 >17,0% = 0,0	12,3% = 1,5	100%
% de adultos inativos	Ö14,7%=1,5 14,8-18,5% = 0,75 >18,5% = 0,0	18,2% = 0,75	50%
Taxa de abandono ao tratamento TB	Ö5%=1,5 5,1% -6%=0,75 >6% = 0,0	9% = 0,0	0%
% de cura de tuberculose	×75%=1,5 56% -74%=0,75 <56%=0,0	61% = 0,75	50%
Taxa de abandono do tratamento de pacientes com hanseníase	Ö5% = 1,5 5,1% -6%=0,75 >6% = 0,0	12% = 0,0	0%
% de cura da hanseníase	×90% = 1,5 67,5 -89%=0,75 <67,5%=0,0	82% = 0,75	50%
% de óbitos maternos com investigação realizada em tempo oportuno	×80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	13,7% = 0,0	0%

APÊNDICE C ó Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
% de óbitos infantis com investigação realizada em tempo oportuno	×60% = 1,0 45% -59%=0,5 <45%=0,0	32,7% = 0,0	0%
Nº de ciclos com cobertura de imóveis visitados para controle da dengue × 80%	× 6=2,0 4-5= 1,0 < 4=0,0	6 = 2,0	100%
Efetividade	12	4,5	37,5%
Coefficiente de mortalidade prematura (<70) por DCNT (por 100.000)	<145,6= 2,0 145,7-182=1,0 >182=0,0	151,7 = 1,0	50%
Razão de mortalidade materna	<20 = 2,0 20 ó 50 = 1,5 50 ó 150 = 1,0 >150 = 0,0	51,6 = 1,0	50%
Coefficiente de mortalidade infantil (por 1000)	< 10 = 2,0 10 ó 20 = 1,5 20 ó 50 = 1,0 >50 = 0,0	14,1 = 1,5	75%
Índice de infestação predial por aedes	Ö1% = 2,0 1,1-3,9%=1,0 >3,9% = 0,0	1,9 = 1,0	50%
Incidência de tuberculose (por 100.000)	Ö6 = 2,0 36-40=1,0 >40 = 0,0	51,7 = 0,0	0%
Coefficiente de detecção de hanseníase (por 100.000)	Ö17,6=2,0 17,7-22 =1,0 > 22= 0,0	28,7 = 0,0	0%
MANUTENÇÃO DE VALORES	25	19,75	79%
Princípios Organizacionais	10	8,0	80%
Opinião dos entrevistados quanto o grau de importância que a SEVS/PE trata a transparência das ações e gastos	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	9,1 = 1,25	100%
Opinião dos entrevistados quanto ao grau de importância que a SEVS/PE trata a responsabilização pela saúde da população	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	9,1 = 1,25	100%
Opinião dos entrevistados quanto o grau de importância que a SEVS/PE trata a qualidade técnica dos serviços prestados	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,4 = 1,25	100%
Opinião dos entrevistados quanto o grau de importância que a SEVS/PE trata a orientação por resultados	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,4 = 1,25	100%
Grau de consenso entre a valoração organizacional e individual da transparência das ações e gastos	×1=1,25 0,7-0,9=0,75 <0,7=0,0	0,93=0,75	60%
Grau de consenso entre a valoração organizacional e individual da responsabilidade pela saúde da população	×1=1,25 0,7-0,9=0,75 <0,7=0,0	0,91=0,75	60%
Grau de consenso entre a valoração organizacional e individual da qualidade técnica dos serviços prestados	×1=1,25 0,7-0,9=0,75 <0,7=0,0	0,86=0,75	60%

APÊNDICE C ó Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em
saúde

conclui

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
Grau de consenso entre a valoração organizacional e individual da orientação por resultados	×1=1,25 0,7-0,9=0,75 <0,7=0,0	0,89=0,75	60%
Qualidade de Vida no Trabalho	15	13,25	88,3%
% de entrevistados com vínculo público	×80%=1,25 60-79%=0,75 <60%=0,0	43 =0,0	0%
% de entrevistados que participaram de programa de educação permanente	×80%=1,25 60-79%=0,75 <60%=0,0	73 = 0,75	50%
% de entrevistados com especialização em sua área de atuação	×80%=1,25 60-79%=0,75 <60%=0,0	97 = 1,25	100%
Qualidade da comunicação formal e informal segundo opinião dos entrevistados	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	7,5 = 1,25	100%
Qualidade do clima organizacional segundo opinião dos entrevistados	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,15 = 1,25	100%
Grau de respeito à diversidade de pensamento segundo a opinião dos entrevistados	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,1 = 1,25	100%
Grau de satisfação no trabalho dos entrevistados	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,7 = 1,25	100%
Grau de satisfação dos entrevistados quanto às condições de trabalho	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	7,5 = 1,25	100%
Grau de satisfação dos entrevistados quanto ao reconhecimento do trabalho	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,6 = 1,25	100%
Grau de satisfação dos entrevistados quanto o comportamento e a competência dos superiores	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,6 = 1,25	100%
Grau de satisfação dos entrevistados quanto o suporte à formação	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	8,8 = 1,25	100%
Grau de satisfação dos entrevistados quanto às relações humanas entre os funcionários	×7=1,25 5-6,9=0,75 <5=0,0	7,9 = 1,25	100%
DESEMPENHO GLOBAL	100,0	64,0	64%

ANEXO A 6 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Título da Pesquisa: Avaliação do desempenho da gestão da Vigilância em Saúde.

Pernambuco, 2013. Versão: 2

CAAE: 18470813.2.0000.5190

Número do Parecer: 388.481

Instituição Proponente: Fundação Oswaldo Cruz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Data da Relatoria: 04/09/2013

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto avaliativo da gestão estadual da vigilância em saúde em Pernambuco

Objetivo da pesquisa:

Avaliar o desempenho da gestão da vigilância em Saúde no estado de Pernambuco; Elaborar instrumento para o monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual e propor estratégias de uso; Determinar o nível de desempenho da gestão da vigilância em saúde em Pernambuco; Analisar as inter-relações entre as funções que constituem o desempenho da gestão vigilância em saúde em Pernambuco; Identificar os elementos críticos que influenciam no desempenho da gestão vigilância em saúde em Pernambuco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados com a participação na pesquisa podem envolver constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade venha a público. Os resultados serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos e sua participação irá contribuir para o conhecimento do desempenho da vigilância em saúde estadual, permitindo, fortalecer e qualificar a gestão deste campo da saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com metodologia e objetivos em concordância com os princípios éticos da resolução 196 do CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Ok

Recomendações: Pendências resolvidas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de setembro de 2016. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

RECIFE, 09 de Setembro de 2013

Assinado por:

Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)