

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS
AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM ÂMBITO MUNICIPAL

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-graduação *latu sensu* de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ, sob a orientação dos professores Eduarda Ângela Pessoa Cesse e Eduardo Maia Freese de Carvalho.

RECIFE
ABRIL DE 2003

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Monografia intitulada: “Proposta de Avaliação do Grau de Implantação das Ações de Vigilância Epidemiológica no âmbito municipal”, apresentada em sessão pública em 24 de abril de 2003 por Cinthia Kalyne de Almeida Alves, aluna do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ, para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Profa. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Orientadora -CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Eduardo Maia Freese de Carvalho
Orientador -CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Paulo Germano Frias
Debatedor -IMIP/PE

*"Avaliação não é um **fim** em si mesma, mas um **meio**
para que os objetivos possam ser alcançados."*

(Anunciada Almeida)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é muito mais que dizer obrigada; é reconhecer que as minhas conquistas, em cada etapa da caminhada, são um pouco de muitos.

Agradeço a Deus por ter colocado no meu caminho:

- meus coordenadores: pela orientação e confiança;
- minhas colegas amigas da residência: pelo apoio, pela troca e amizade;
- meus professores: pelos preciosos ensinamentos;
- todos do NESC: pelo companheirismo;
- todos do CPqAM em especial ao pessoal da informática e da biblioteca: pelo carinho e a disposição a ajudar sempre, principalmente nas emergências!
- meus colegas de laboratório: pela aprendizagem e pela troca e amizade;
- meus colegas de trabalho: pela confiança e pela paciência;
- meu debatedor pelo exemplo, confiança e incentivo;
- minha mãe: pela paciência, pelo incentivo e pela troca;
- meus irmãos: pela tolerância, pelo apoio e incentivo;
- meu noivo: pela compreensão das horas divididas com o computador e pela disposição de ler e escutar o que escrevi.

Obrigada a todos que, de uma forma ou de outra, torceram pela conclusão do trabalho.

ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. Proposta de Avaliação do Grau de Implantação das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) em nível municipal. Recife, 2003. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). CPqAM/FIOCRUZ.

RESUMO

Com a descentralização das ações de saúde, no processo de implementação do Sistema Único de Saúde, conceitos propósitos e as ações de vigilância epidemiológica (VE) estão sendo modificadas e reestruturadas na instância municipal. Neste sentido, algumas iniciativas institucionais têm surgido com o intuito de avaliar a VE, incluindo os indicadores de avaliação da qualidade das ações de VE e ambiental pela Fundação Nacional de Saúde. Entretanto, ainda não existe uma proposta sistematizada para avaliar a implantação destas ações no âmbito municipal. Esta monografia tem como finalidade, contribuir com a elaboração de uma proposta de avaliação do grau de implantação das ações de VE neste âmbito. Foram realizados um levantamento bibliográfico, documental e normativo sobre as atribuições da VE nesta instância, bem como uma revisão bibliográfica sobre avaliação. O estudo permitiu definir 9 componentes necessários a uma análise de implantação da VE: coleta de dados, confirmação diagnóstica, processamento de dados, controle, monitoramento, pesquisa, análise e disseminação dos dados, educação em saúde. Também foram identificadas as práticas a eles relacionados: notificação, investigação, busca ativa, gestão dos sistemas de informação... Associadas às práticas foram identificadas ações traçadoras com indicadores distribuídos nas dimensões da avaliação da estrutura e processo num instrumento baseado nas normas ministeriais. Além do nível central de uma secretaria municipal de saúde a proposta de avaliação contempla a inclusão da atenção básica. O instrumento aponta para 4 graus de implantação: satisfatório (entre 80-100%); aceitável (70-79%); insatisfatório (50-69%) e crítico, abaixo deste >50%. Para explicar o grau de implantação obtido em cada um deles propõe-se o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa contemplando análise de contexto através do modelo político contingente, incluindo a observação e o levantamento documental. A sugestão do roteiro da entrevista com os atores e sujeitos chaves consta do último item da proposta.

SUMÁRIO

RESUMO	v
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	viii
LISTA DE QUADROS.....	x
1- INTRODUÇÃO.....	01
2- OBJETIVOS:.....	08
2.1 OBJETIVO GERAL:.....	09
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	09
3- METODOLOGIA.....	10
CAPÍTULO 1	15
1.1 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: SUA TRAJETÓRIA CONCEITUAL E O DEBATE CONTEMPORÂNEO.....	16
1.2 AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL.....	19
1.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	28
CAPÍTULO 2.....	40
2.1 A AVALIAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO.....	41
2.2 AVALIAÇÃO: CONCEITOS, OBJETIVOS E ABORDAGENS.....	44
2.3 CONSTRUINDO OS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS À AVALIAÇÃO.....	50
2.3.1 <i>Indicadores sentinela e traçadores.....</i>	56
2.3.2 <i>Indicadores e vigilância epidemiológica</i>	57
2.3.3 <i>A Seleção de Indicadores.....</i>	58
2.3.4 <i>Técnicas e Instrumentos importantes no desenvolvimento da pesquisa avaliativa.....</i>	61
CAPÍTULO 3.....	63
3.1 DEFINIÇÕES TEÓRICAS DESTACADAS NA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO E ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	64
3.2-INDICADORES DE PROCESSO E ESTRUTURA APONTADIS PARA A	

PROPOSTA.....	70
3.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	72
3.4 ESCORE PARA DEFINIÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO.....	79
3.5 ROTEIROS DE ENTREVISTA.....	86
3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXOS	109
ANEXO 1. LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	
ANEXO 2. LISTA DE INDICADORES DA QUALIDADE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE	
ANEXO 3. PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA REGIÃO NORDESTE 2002	
ANEXO 4. DOCUMENTOS UTILIZADOS PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE NA SUPERVISÃO DOS MUNICÍPIOS CERTIFICADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DAS DOENÇAS.	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRASCO= Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ACS= Agente Comunitário de Saúde
- AIDIPI= Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância
- CDC= Centro de Doenças Transmissíveis
- CIT = Comissão Intergestores Tripartite
- CIB = Comissão Intergestores Bipartite
- CENEPI=Centro Nacional de Epidemiologia
- DCV= Doenças Cardiovasculares
- DPT= Difteria, Tétano e Coqueluche
- FBI= Bureau de Inteligência Federal Norte Americano
- FUNASA= Fundação Nacional de Saúde
- FII= Ficha Individual de Investigação
- GVE= Guia de Vigilância Epidemiológica
- GM/MS= Gabinete do Ministério da Saúde
- INAMPS= Instituto Nacional de Previdência Social
- MS = Ministério da Saúde
- NOAS = Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB = Norma Operacional Básica
- OMS = Organização Mundial de Saúde
- OPAS = Organização Pan-americana de Saúde
- PAB = Piso de Atenção Básica
- PACS= Programa de Agente Comunitários de Saúde
- PNI= Programa Nacional de Imunizações
- PSF= Programa de Saúde da Família
- PNI= Programa Nacional de Imunizações
- PPI = Programação Pactuada e Integrada
- PRMI= Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
- SES= Secretaria Estadual de Saúde
- SMS = Secretaria Municipal de Saúde
- SNVE= Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- SIA =Sistema de Informações Ambulatorial
- SIAB= Sistema de Informações de Atenção Básica
- SIS= Sistema de Informações em Saúde
- SINAN= Sistema de Informações de Agravos de Notificação

- SIM= Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SINASC= Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- SUS = Sistema Único de Saúde
- TFECD= Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
- VE= Vigilância Epidemiológica
- VIGISUS= Projeto de Vigilância em Saúde no SUS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Lógica utilizada para a construção do instrumento	13
Quadro 2. Acontecimentos, concepções e Ações da Vigilância ao longo do tempo.	20
Quadro 3. Concepções e Componentes de intervenção da Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde, Vigilância da Saúde e Vigilância à Saúde.	24
Quadro 4. Definição das Funções da Vigilância Epidemiológica.	25
Quadro 5. Atribuições dos Municípios e no Nível local para o desenvolvimento das atividades e ações de vigilância epidemiológica.	30
Quadro 6. Ações básicas, de média e alta complexidade atribuídas a estados e municípios em 1998 na 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite.	31
Quadro 7. Indicadores elencados para avaliação da atenção básica dos municípios pleiteantes à habilitação segundo a NOAS.	35
Quadro 8. Indicadores de VE presentes no Pacto de Atenção Básica, 2002.	36
Quadro 9. Indicadores para acompanhamento do desempenho do sistema vigilância epidemiológica do Projeto VIGISUS.	37
Quadro 10. Componentes da VE em todos os níveis do sistema.	37
Quadro 11. Ações e Indicadores de VE definidos a partir da NOB 91 pelo Ministério da Saúde.	39
Quadro 12. As seis possibilidades de análise de uma pesquisa avaliativa.	48
Quadro 13. Objeto da avaliação e tipos de indicadores relacionados a cada uma delas.	54
Quadro 14. Indicadores estabelecidos pela Organização Pan-americana de Saúde para avaliação dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica.	58
Quadro 15. Componentes, Práticas requeridas, Ações traçadoras, Estrutura e Indicadores para avaliação da VE.	71

1- INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

Com o advento do SUS (Sistema Único de Saúde), a descentralização das ações de saúde torna-se uma dos principais diretrizes para sua implantação. A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, ratifica a estratégia da descentralização das ações de Saúde e, deste mesmo modo, a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica. Nesta Conferência é aprovada a extinção gradual e responsável da Fundação Nacional de Saúde e, a partir de então, as ações por ela desenvolvidas devem ser assumidas pelos municípios (Brasil, 1992).

No que se refere ao processo de descentralização dos serviços de saúde, a estratégia da municipalização tem sido um importante movimento. Segundo (Mendes, 1998) o Brasil se destaca no contexto mundial por ser uma República Federativa na qual existem 27 Estados e aproximadamente 5.500 municípios, que não param de surgir, com tamanhos e desigualdades internas enormes, mas com autonomia política, administrativa e financeira, o que faz com que o processo de descentralização das ações de saúde assumam “a diversidade da diversidade destes municípios” (Mendes, 1998).

Ainda segundo o autor vários são os problemas existentes neste processo, entre eles destacam-se as diferenças dos municípios brasileiros: 40% possuem menos de 10 mil habitantes, e apenas 0,6% mais de 500 mil, chegando ao extremo de um município como o de São Paulo, ter uma população de aproximadamente 9 milhões. Organizar um sistema de saúde que conviva com esta realidade diversa é sempre um grande esforço e um enorme desafio.

No contexto da municipalização das ações da Vigilância Epidemiológica (VE), alguns avanços são apontados pelo Ministério da Saúde ([Fundação Nacional de Saúde, 2002a](#)) como por exemplo, a criação do Teto Financeiro Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) instituído a partir da NOB-SUS 96 (Brasil, 1996).

Posteriormente, a portaria 1399/99, que regulamenta a NOB-SUS 96, define como se deve ser o financiamento através deste teto financeiro: as Unidades da Federação são divididas em estratos, onde é estabelecido um percentual para contrapartida para cada estrato (grupo). (Brasil, 1999a).

Para o cálculo do TFECD foram definidos critérios relativos à população, área e contrapartidas, conforme o estrato a que pertenciam cada município, sendo levado em consideração as dificuldades operacionais para execução das ações, na

tentativa de favorecer a equidade no repasse dos recursos (Fundação Nacional de Saúde, 2002b).

A portaria n.º 1399/99 estabelece também um processo de Certificação envolvendo Estados e Distrito Federal, para que estes possam assumir a Gestão das ações de Epidemiologia e Controle das Doenças.

De março de 2002, quando ocorreu a primeira certificação, até novembro de 2002, todos os 26 estados e o Distrito Federal foram certificados pela Comissão Intergestores Tripartite (Cosenza, 2002).

Até setembro, além de todas as 27 secretarias estaduais de saúde, 4402 secretarias municipais foram certificadas para assumirem as ações de epidemiologia e controle das doenças. E, para estimular que os municípios assumam as ações de VE, estabeleceu-se um valor definido pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que foi o Índice de Valorização de Resultados (IVR). (Fundação Nacional de Saúde, 2002b).

Vale destacar que a partir de 1999, com a portaria 1399, fica definido o desenvolvimento das ações de Vigilância pelas Equipes do Programa de Saúde da Família (Brasil, 1999a).

Todas estes incentivos fazem parte da proposta de reorganização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, em direção ao fortalecimento do âmbito local (Município) para o melhor desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica (Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

No sentido da reorganização do SNVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) frente à descentralização, Teixeira et al. (1998) defende que paralelamente à reorganização do SUS, as atividades de Vigilância Epidemiológica devem considerar, além do nível intermediário e nacional, as redefinições das funções próprias do nível local. Para ela, a instância local pode abranger um município, parte dele (incluindo um conjunto de unidades prestadoras de serviço) ou mais municípios. Mendes (1998) identifica como urgente a necessidade o uso da “inteligência epidemiológica” no espaço intermunicipal.

Quanto a possibilidade do envolvimento de mais de um município no desenvolvimento das ações de VE, a portaria 1399/99 define ainda a formação de Consórcios intermunicipais como possibilidade de facilitar a incorporação destas ações pelos municípios (Brasil, 1999a).

Mas, embora tenham ocorridos avanços normativos com a atual regulamentação existente no SUS, inclusive em termos de financiamento, existem

dificuldades para a descentralização e a municipalização das ações de Vigilância Epidemiológica. Entre elas, encontram-se: insuficiência de recursos humanos, resistências institucionais ao processo de descentralização, capacidade instalada, incipiente para diagnóstico, investigação e implementação de ações de controle e ainda, numa análise mais ampliada, limitações dos recursos disponíveis para o setor saúde (Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

Um outro paralelo que podemos realizar no contexto da municipalização e da descentralização das ações de VE é o debate sobre ampliação do uso da epidemiologia pelos serviços de saúde e a descentralização do uso da metodologia epidemiológica pelos mesmos (Waldman, 1998; Goldbaum, 1998). Enriquecendo este debate, as ações de Vigilância Epidemiológica unem-se às reflexões teóricas sobre a ampliação das mesmas, sob três denominações: Vigilância em Saúde (Barata, 1993; Waldman, 1998), Vigilância da Situação de Saúde (Mendes, 1993; Barata, 1993; São Paulo, 1999) e Vigilância à Saúde (Mendes, 1993; Organização Mundial de Saúde, 1993; Teixeira, Paim e Vilasboas, 1998; São Paulo, 1999) que dizem respeito a objetos distintos.

Por outro lado, o desenvolvimento das ações de Vigilância vive questionamentos e críticas sobre a pouca integração com as ações de Vigilância Sanitária (VS) (Barata, 1993; Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2000; Albuquerque, 2002).

O III Plano Diretor de Epidemiologia (2000-2004), além da dissociação da VE com a VS, ainda aponta outras dificuldades, entre as quais estão: o desenvolvimento de ações centradas em agravos de notificação compulsória e a dissociação entre as redes assistencial e laboratorial (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2000). No entanto, ainda se persiste em busca da descentralização das ações de VE. O Guia de Vigilância Epidemiológica destaca que a orientação atual para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) é o fortalecimento de sistemas municipais, dotando-os de autonomia técnico-gerencial para focar problemas de saúde, próprios de suas respectivas áreas de abrangência (Fundação Nacional de Saúde, 2002a)

Deste modo, diante do novo papel que os municípios passam a desempenhar após a Constituição de 1988 (Brasil, 1988); da descentralização das ações de saúde (Brasil, 1990) e das dificuldades encontradas para implantação das ações de saúde no nível local (Fundação Nacional de Saúde, 2002a), torna-se necessário um momento de avaliação (Silva, 1999).

Na tentativa de serem instituídos mecanismos de monitoria e avaliação dos sistemas, Mendes (1998) ratifica a necessidade de pesquisas no campo dos serviços de saúde envolvendo as linhas da descentralização e equidade, e descentralização e eficiência dos serviços de saúde.

Especificamente no que tange a avaliação das ações de Vigilância Epidemiológica, duas iniciativas institucionais surgem: o próprio processo de certificação (Brasil, 1999) e o elenco de indicadores para mensurar a qualidade das ações através dos *indicadores de qualidade das ações de vigilância epidemiológica e ambiental* propostos pela Fundação Nacional de Saúde (Fundação Nacional de Saúde, 2000c). Mas considerando que, embora seja importante questionar e avaliar os efeitos de uma intervenção (após descentralização das ações de VE para a instância municipal) uma das etapas mais importantes no processo de julgamento numa avaliação é saber em que medida a estrutura e o processo necessários estão implantados, ou seja, o grau de implantação da intervenção. Este grau terá implicação direta nos resultados (efeitos) esperados (Hartz & Camacho, 1996).

No âmbito acadêmico, poucos estudos abordam o tema avaliação e VE. Nenhum deles avalia o grau de implantação das ações de VE em nível municipal, nem tampouco existe uma proposta sistematizada.

Considerando assim:

- A necessidade de se avaliar a descentralização, reconhecida tanto pela academia quanto pelos órgãos responsáveis pela saúde no Brasil;
- Que a VE já tem práticas bem definidas como notificações e investigação (Barata, 1993) e que estão sendo descentralizadas (Brasil, 1996; Brasil, 1999; Fundação Nacional de Saúde 2002a);
- O debate conceitual sobre o objeto das vigilâncias na prática não alterou os aspectos conceituais ou operacionais da VE (Albuquerque, 2002);
- Que algumas ações de VE foram atribuídas ao PSF (Brasil, 1999a);
- A iniciativa por parte do serviço de avaliar a qualidade de VE através do processo de certificação com base na PPI e nos indicadores de qualidade, mas

a inexistência de estudos sobre o grau de implantação, e nem mesmo propostas sistematizadas que possam avaliar o grau de implantação das ações de VE;

- A possibilidade de a avaliação contribuir com o conhecimento científico e com a identificação de situações a serem modificadas na instância municipal, faz com que este estudo se torne relevante e se justifica, assim, um estudo que venha a responder a seguinte pergunta:

–Que proposta podemos elaborar para avaliarmos e analisarmos o grau de implantação das ações de VE em âmbito municipal?

De fato, esta monografia surge do interesse despertado pelo tema Avaliação ao longo do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Refere-se ao trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva possuindo como tema a avaliação em saúde, e como objeto, a avaliação do grau de implantação das ações de vigilância epidemiológica.

A monografia pretende a partir de uma revisão bibliográfica e de um levantamento documental e normativo sobre os temas avaliação e vigilância epidemiológica, elaborar um proposta para avaliação e análise do grau de implantação das ações de Vigilância Epidemiológica na instância municipal.

O texto é distribuído em 3 Capítulos. O Capítulo 1 contextualiza as ações de Vigilância Epidemiológica diante da concepção atual da Vigilância e diante do processo de descentralização das mesmas. Para tanto, apresenta um breve histórico sobre o desenvolvimento das ações no Brasil e no Mundo, identifica e localiza quais as atribuições em nível local frente ao processo de descentralização das ações de saúde a partir do surgimento do Sistema Único de Saúde, e as contextualiza diante dos novos debates conceituais que surgem e ao atual estágio de desenvolvimento do SUS.

O Capítulo 2 identifica abordagens de avaliação e a metodologia da avaliação do grau de implantação diante do tema, para que possam ser fornecidas as bases conceituais necessárias à elaboração da proposta final. Por isso, traz um breve histórico sobre o surgimento e o desenvolvimento da avaliação. Destaca

alguns conceitos e metodologias envolvidos na avaliação e enfatiza a forma de realizar uma avaliação do grau de implantação das ações de uma intervenção.

O Capítulo 2 apresenta ainda elementos necessários à seleção de indicadores, com o objetivo de proporcionar o embasamento necessário à elaboração dos instrumentos da proposta de avaliação do grau de implantação das ações Vigilância Epidemiológica: conceitos e seleção de indicadores, escala, questionários e entrevista.

Ao final, apresenta uma sistematização dos componentes da intervenção da Vigilância Epidemiológica, as práticas operacionais exigidas na implantação, bem como os indicadores existentes de acordo com a normatização vigente e os documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde. Esta é uma etapa necessária à construção do instrumento para estimar o grau de implantação na perspectiva do desenvolvimento da avaliação normativa.

O Capítulo 3 ainda apresenta um instrumento, baseado no levantamento normativo, a ser utilizado para estimar o grau de implantação das ações de VE em nível local e uma proposta de roteiros de entrevistas para realizar uma avaliação que contemple a análise da implantação, numa pesquisa avaliativa.

2- OBJETIVOS

2- OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GERAL:

Elaborar uma proposta de avaliação do grau de implantação das ações de Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal, que contemple elementos para realizar a análise desta implantação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar os componentes da intervenção das ações de VE no referencial teórico a ser utilizado na proposta, tanto em relação à vigilância epidemiológica quanto sobre avaliação em saúde;

Identificar na normatização vigente, as ações a serem desenvolvidas pela VE em nível local;

Construir um instrumento que permita estimar o grau de implantação das ações de VE em nível municipal;

Identificar outros elementos que deverão compor a proposta para análise do grau de implantação das ações de VE.

3- METODOLOGIA

3- METODOLOGIA:

Este estudo corresponde a uma revisão de literatura existente sobre Avaliação e Vigilância Epidemiológica (VE) associado a um levantamento documental e normativo sobre ações de VE em âmbito municipal.

A partir do que nos aponta Lakatos (1995), os dados de qualquer pesquisa são obtidos sob os processos da documentação direta (através de observação, entrevista e questionário) e a da documentação indireta: que se baseia na pesquisa documental (ou de fontes primárias) e na pesquisa bibliográfica (ou de fontes secundárias).

Na pesquisa bibliográfica espera-se que haja um levantamento de toda a bibliografia já publicada sobre o assunto em forma de livros, revistas, publicações e imprensa escrita. Pode ser considerado o primeiro passo de toda a pesquisa científica (Lakatos, 1995). Segundo Gil (1995), não existem regras fixas para a realização da pesquisa bibliográfica, mas algumas tarefas têm se demonstrado importante e foram seguidas neste trabalho tais como: a exploração das fontes bibliográficas: livros, revistas científicas, boletins, teses, relatórios de pesquisa, etc.

Apesar de assemelhar-se à pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental diferencia-se na natureza das fontes. Enquanto que a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições de diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental se utiliza de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico (Gil, 1995).

Entre os documentos oficiais explorados nesta pesquisa encontram-se: a tabela aprovada na 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite que define ações de baixa, média e alta complexidade de Vigilância Epidemiológica (São Paulo, 1998), a avaliação dos Indicadores de qualidade das ações de vigilância epidemiológica e ambiental da Fundação Nacional de Saúde (anexo 2); A Programação Pactuada Integrada Estadual (anexo 3) o Relatório preliminar sobre avaliação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde (Brasil, 1999b); O Instrumento normativo sobre as ações do PAISC, PAISM no PSF (Brasil, 2001); Os Manuais do VIGISUS- (Fundação Nacional de Saúde, 1999b); Boletins sobre os Indicadores do Pacto de Atenção Básica (anexo 5); Os Guia de Vigilância Epidemiológica (1998) e (2002); O Guia Prático do Programa de Saúde da Família 2002 (Brasil, 2002); O Manual da Atenção Básica 2001 (Brasil, 2001); O Manual

para o treinamento do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2000); O Relatório da Fundação Nacional de Saúde sobre a Situação da Prevenção e do Controle de Endemias no Brasil (Fundação Nacional de Saúde 2002b). No nível central da Secretaria Estadual de Saúde encontramos: Fichas para Análise do processo de certificação dos municípios pleiteantes à gestão das ações de epidemiologia e controle das doenças, a ficha de acompanhamento físico-financeiro dos municípios certificados conveniados e um documento síntese do fluxo e recursos necessários ao acompanhamento da PPI-ECD (anexo 4).

Além disso, foram realizadas consultas aos bancos de dados normativos oficiais através da *internet*: do Senado Federal, da Fundação Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde.

O estudo baseou-se também numa aproximação com os serviços de saúde de vigilância epidemiológica, em âmbito municipal, por se tratar do futuro campo de investigação. Esta é uma recomendação de Minayo (1999), que auxiliou na identificação da estrutura necessária ao desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica no nível local, bem como a troca de informações importantes sobre o tema da pesquisa com os técnicos do serviços de saúde visitados.

A visita ao nível central estadual teve o objetivo de identificar normatizações internas sobre as atribuições dos municípios na área de vigilância epidemiológica. A esfera estadual não possui nenhuma normatização estadual sobre o assunto, visto que segue as determinações contidas na Portaria nº. 1399/99 da Fundação Nacional de Saúde, porém possui algumas fichas para supervisão dos municípios certificados, onde podemos encontrar parâmetros para avaliação da estrutura da VE nos municípios, visto que a Fundação Nacional de Saúde não divulgou ainda os parâmetros necessários (Anexo 4).

A revisão de literatura e o levantamento documental e normativo permitiram a identificação dos componentes da intervenção em relação as ações de VE na instância municipal, tendo sido identificadas as práticas necessárias a implementação destes componentes. Diante da quantidade de ações encontradas foram eleitos ações e indicadores traçadores, baseado em indicadores definidos pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde, 2000), na PPI 2002, no Pacto de Atenção Básica (2001 e 2002) e norteadas pela revisão de literatura.

Em Seguida, os indicadores e ações traçadoras foram relacionadas à estrutura necessária para o desenvolvimento das referidas ações, com base na

aproximação com o campo e documento da Secretaria Estadual de Saúde. O próximo quadro sistematiza a lógica criada para a construção do instrumento.

Quadro 1. Lógica de construção do Instrumento.

Componentes (Guia de VE 2002 e Waldman, 1998)	Práticas	Ações (Ex.)	Portarias e documentos oficiais	Indicadores
1- Coleta de dados	Notificação	Notificação de casos	Comissão Intergestores tripartite Portaria 1399/99	Pacto de Atenção Básica 2001 e 2002 Indicadores de qualidade da Vigilância Epidemiológica
	Busca Ativa	Busca ativa comunicantes...		
	Investigação	Investigação de óbitos maternos		
2- Confirmação diagnóstica	Coleta de material para diagnóstico	Coleta de material para investigação de surtos de diarreia.	Portaria 3925/98	PPI-ECD
3- Processamento	Alimentação dos SIS	Alimentação do SIM	O trabalho do ACS	VIGISUS
4- Análise	Cálculo de frequências Cálculo de indicadores	Indicadores de mortalidade Incidência Prevalência		
5- Disseminação	Retroalimentação	Elaboração de relatórios	Guia Prático do Programa de Saúde da Família	Portaria que avalia municípios pleiteantes à NOAS
6- Controle	Bloqueio	Quimioprofilaxia	Guia de VE	Secretaria Estadual de Saúde.
7- Educação em Saúde	Mobilização comunitária	Campanhas Oficinas Orientações	Documentos da Secretaria Estadual de Saúde.	
8- Monitoramento *	Agravos Grupos	Óbito de Mulher em idade fértil		
9- Pesquisa *	Estudos epidemiológicos Inquéritos epidemiológicos Análise de situação de saúde Avaliação	Inquérito de prevalência de Filariose		

* Componentes que não foram contemplados no instrumento referente às unidades básicas de saúde.

A partir da seleção dos indicadores foi construído o instrumento e atribuído a cada indicador um peso. O mesmo acabou sendo organizado em 3 partes: uma relativa ao nível central de uma Secretaria municipal de saúde, contemplando as

dimensões de estrutura e processo, outra parte relativa às ações de VE nas unidades básicas de saúde, e outra relativa às ações atribuídas ao PSF (Programa de Saúde da Família).

Para estimar o grau de implantação será utilizada a avaliação normativa, considerando os indicadores de estrutura e processo identificados no levantamento acerca da normatização vigente, que regem as ações de vigilância epidemiológica em nível municipal. Quando o município atingir entre 80-100% terá considerado tendo o nível satisfatório; entre 70-79%, aceitável; entre 50-69% insatisfatório e abaixo deste >50%, crítico. Este escore foi baseado no estudo de Mendes (2001) sobre o grau de implantação dos núcleos de epidemiologia.

Para análise da implantação da variação no grau de implantação será necessário realizar um análise de implantação através da pesquisa avaliativa. Esta deverá conter variáveis que permitam analisar o contexto de cada município. Para a análise da implantação foram sugeridas perguntas para o roteiros das entrevistas e os aspectos bioéticos foram contemplados.

O Tipo de Estudo proposto para ser desenvolvido para a análise da implantação é o Estudo avaliativo de casos múltiplos de corte transversal descritivo (Yin, 1989) apud Contrandiopoulos et al. (1997). Para a análise de implantação das ações serão utilizados elementos da pesquisa avaliativa, através da análise do contexto de cada município, que será baseado no *modelo político e contingente proposto por* Denis e Champagne (1997) . Além de entrevista semi estruturada com os atores e sujeitos envolvidos, o estudo constará de técnicas de observação, levantamento documental (Minayo, 1999).

CAPÍTULO 1

1.1 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: SUA TRAJETÓRIA CONCEITUAL E O DEBATE CONTEMPORÂNEO

O interesse em acompanhar a ocorrência de doenças em comunidades com o sentido de prevenir sua disseminação existe há muito tempo, mas ainda existe um longo caminho para que o controle das enfermidades tenha como base a concepção atual de vigilância epidemiológica, cujo objetivo principal é coletar dados para o desencadeamento de ações de prevenção e controle, no sentido da informação para ação (Fundação Nacional de Saúde, 2002a; Perez & Gaze, 2002).

As orientações à população sobre como agir diante de uma epidemia são antigas. Desde antes de Cristo, as pessoas já eram aconselhadas a não se locomoverem para onde a epidemia se encontrava, e aquelas que lá estavam não deveriam sair (Perez & Gaze, 2002).

A literatura atual considera que as ações de vigilância surgem de práticas individuais de quarentena e isolamento, na idade média, que ocorrem até os séculos XVII e XVIII. A vigilância só passa a ser considerada como instrumento de saúde pública no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia (Waldman, 1991; 1998; Albuquerque, 2002; Perez & Gaze, 2002).

Para Souza & Kalascham (1993), o termo Vigilância começa a ser discutido de forma ampla após a 2^a. Guerra Mundial. Com a guerra fria do pós-guerra, se torna eminente o perigo de uma guerra biológica. Assim, são criados o Centro de Doenças Transmissíveis (CDC) nos Estados Unidos e o Sistema de Inteligência para epidemias.

O serviço de inteligência para epidemias consiste num amplo programa de treinamento, abrangendo basicamente a epidemiologia aplicada (vigilância, investigação de casos e de epidemias), procedimentos de laboratório, avaliação de medidas de prevenção e controle, administração sanitária e elaboração de relatórios técnicos (Waldman, 1991).

Langmuir (1952) ao defender a implantação deste sistema de inteligência, refere que apesar do controle de sabotagens ser de responsabilidade do FBI (Bureau de Inteligência Federal Americano), o reconhecimento das causas de epidemias por sabotagem é função peculiar da epidemiologia. Assim, o sistema de inteligência é baseado na consolidação de informações que permitem detectar uma epidemia, horas ou dias antes de se tornar evidente, através de um Sistema de Informações gerenciado por epidemiologistas, treinados naquele país.

O termo vigilância propriamente dito, associado à investigação epidemiológica, é usado pela primeira vez num estudo de uma epidemia de pólio que acometeu indivíduos vacinados com vírus inativado (vacina tipo Salk), em 1955 conhecido como “acidente de cutter” (Langmuir, 1976).

Neste estudo fica evidenciada a associação entre os casos notificados, e outros identificados após a investigação, em dois lotes de vacina Salk produzidos pelo mesmo laboratório, que apresentaram vírus parcialmente inativos (Waldman, 1991).

Neste período a expressão vigilância significa originalmente “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Posteriormente, passou a ser aplicada para acompanhar doenças em vez de casos individuais (Langmuir, 1964). No sentido do acompanhamento das doenças, o termo inteligência, ao ser substituído pelo termo vigilância, muda o sentido da ações da “observação dos **contatos** dos doentes” para a “observação imediata e direta **de doenças** transmissíveis na comunidade” (São Paulo, 1999). Todavia, o qualitativo **epidemiológico** é introduzido por Karel Raska em 1964, quando em seguida é criada a Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial de Saúde. Para ele, Vigilância Epidemiológica é o “**estudo epidemiológico de uma enfermidade**, considerada como um processo dinâmico que abrange: a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios, os vetores, bem como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre” (Raska, 1964).

Com o sentido restrito da vigilância às doenças transmissíveis, a partir da década 60, a vigilância amplia o seu conceito, especialmente nos países do terceiro mundo. A Vigilância Epidemiológica além de passar a abranger as **medidas diretas de controle incorpora aos poucos as ações de monitoramento, avaliação da intervenção e a pesquisa** (São Paulo, 1998).

No sentido da ampliação do conceito da vigilância, Raska (1971) ressalta que “a vigilância facilita a análise e reconhecimento do problema, fundamentais para o planejamento, a execução e avaliação das medidas destinadas a combater as doenças transmissíveis; Fossaert (1974) reforça que o termo vigilância epidemiológica quando aplicado aos programas de erradicação, como o de Malária, relaciona-se também ao controle”.

Nesse momento, a VE (Vigilância Epidemiológica) é entendida como um sistema de informações para agilizar as ações de controle, tendo sua ampliação estimulada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) no projeto mundial de Erradicação de Varíola (São Paulo, 1999). Nesta concepção ampliada, a vigilância agrega conceitos de observação, estudo epidemiológico, avaliação e planejamento relacionados com o combate das doenças transmissíveis. Contempla ainda as ações de controle, a coleta de informações atualizadas, o processamento, a análise e a interpretação, recomendações e informes da unidade de vigilância. O sistema de Vigilância Epidemiológica é definido por Fossaert (1974) como um sistema de informação-decisão-controle. Este autor teve grande influência na conformação do Sistema de VE no Brasil (Waldman, 1991).

Em 1976, achando o conceito de VE limitado, e, baseando-se nos estudos de William Farr, Langmuir inclui conceitos de incidência e amplia a atuação da VE para ações de VE que envolvam a disseminação dos dados. A vigilância passa a ser, então, definida como a **observação sistemática da distribuição e tendências da incidência de doenças através da coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação das informações para todos que desejem conhecê-la a fim de serem instituídas medidas de controle** (Langmuir, 1976).

O autor ainda considera que as ações de VE não devem se restringir às doenças infecciosas. Ele refere que nos Estados Unidos desde 1952 a vigilância tem sido aplicada não somente para todos os casos de doenças transmissíveis de importância nacional, como também para o estudo sistemático de todas as formas de doenças não infecciosas incluindo a leucemia, defeitos congênitos, reações a drogas, problemas nutricionais e a uma variedade de agravos ambientais e ocupacionais (Langmuir, 1976)

No sentido de sistematizar as ações de vigilância epidemiológica em direção a operacionalização das medidas de controle indicadas pela mesma, Navarro (1979) propõe que as atividades de VE sejam reunidas num Sistema que compreenda a parte prática da epidemiologia, ao contrário dos antigos serviços epidemiológicos, que tinham como função proporcionar informações estatísticas sobre morbidade e mortalidade, sem nenhuma relação operativa com os serviços de saúde pública.

O autor aponta também ações que são essenciais ao sistema, tais como: registro das doenças, definição de casos; notificação e investigação de surtos

epidêmicos; estudos de caso individuais; o trabalho com os laboratórios de saúde pública; inquéritos epidemiológicos; o consumo de fármacos e tabaco; estudo dos reservatórios animais; sistematização de dados demográficos e sociais. Para ele, as atividades de VE estariam ligadas a três áreas: coleta de dados; processamento; e, comparação e decisão (Navarro, 1979).

Ainda segundo Navarro (1979), o sistema de VE deve ser organizado em nível local (base do sistema); regional, através de Unidade de Vigilância epidemiológica com epidemiologistas; e, um nível central.

1.2 AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

No Brasil, da mesma forma que em outros países, as ações de vigilância se originam de técnicas individuais de isolamento e quarentena. Mas, desde de 1894 o estado de São Paulo inicia o acompanhamento de eventos vitais e, nos anos 20 do século XX, já conta com um sistema de doenças de notificação compulsória bem estruturado (Waldman, 1998).

Ao percorrermos o desenvolvimento das ações de VE no Brasil, podemos perceber que no início do século XX não existem delimitações entre as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Fazem parte das ações de vigilância: a fiscalização de alimentos, saneamento, o combate às endemias rurais e as campanhas sanitárias. Em meados da década de 40 deste mesmo século, as ações de vigilância contemplam até mesmo a instalação de Unidades Sanitárias. Estas ações são desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em convênio com a Fundação Rockefeller (São Paulo, 1998; Carvalho e Acioli, 1996)

O Quadro 2, sistematiza as ações de Vigilância Epidemiológica no Brasil da época do Brasil colonial ao século XX, destacando acontecimentos importantes e as concepções que davam suporte ao desenvolvimento das ações de Vigilância epidemiológica, logo depois. Foi baseado no Treinamento Básica de Vigilância Epidemiológica, Waldman (1991), Mendes (1993) e Guia de VE 2002.

Quadro 2. Acontecimentos, concepções e Ações da Vigilância ao longo do tempo.

Marco	Acontecimentos importantes	Concepções sobre a Vigilância	Ações
Século XVI	Brasil Colonial	Práticas individuais em detrimento às ações coletivas	Medidas de Isolamento e Confinamento dos indivíduos doentes nas Santas Casas de Misericórdia.
Final do Século XVII	Ação contra a Febre Amarela em Pernambuco	Adoção de práticas para o controle, ao surgimento de uma epidemia, direcionadas ao meio urbano ao lado de práticas individuais.	Aterro de águas estagnadas, Limpeza de ruas e casas, Criação de cemitérios Purificação do ar
Século XVIII	Chegada da Família Real	Controle-profilaxia: Intervenção nas condições de vida e saúde da população vigiar e controlar o aparecimento de Epidemias	Ações de Polícia Médica Controlar as instalações de minas e cemitério, Controlar comércio do pão, vinho e carne.
Século XIX	Mudança da Sede do governo Português para o Brasil, Abertura dos Portos (1815)	Profilaxia das moléstias epidêmicas Teoria Miasmática (as doenças eram transmitidas através do ar infectado pela matéria orgânica em putrefação provenientes de águas estagnadas nos pântanos e dos cemitérios)	Saneamento do meio: aterro de pântanos, demarcação de ruas e lugares de construção, organização da rede água e esgotos, controle de comércio, açougues e matadouros, criação de Lazaretos, vigilância sanitária dos portos: fiscalização das embarcações e quarentena de navios.
Segunda metade do século XIX e início do XX	Desenvolvimento da Bacteriologia	Redução da importância do meio ambiente e ênfase no combate aos agentes etiológicos Controle das Endemias (cólera, peste, febre amarela. Doenças infecciosas e parasitárias (Tuberculose e Hanseníase)).	Ações de controle direcionadas ao indivíduo. Isolamento do paciente: controlá-lo, manipulá-lo e puni-lo. Vacinação obrigatória (contra a Varíola) Campanhas Notificação das doenças e Vigilância sanitária
Século XX	Surgimento da Vigilância Epidemiológica e institucionalização da mesma no Brasil à época da Campanha de Erradicação da varíola. Consolidação da Epidemiologia e desenvolvimento da Epidemiologia social, Desenvolvimento da tecnologias e informática Mudança nos perfis de morbimortalidade Modelos de atenção à saúde baseados na Promoção da Saúde Implementação do SUS	Vigilância epidemiológica voltada para as doenças transmissíveis Vigilância como instrumento da Saúde Pública. Ampliação das práticas de vigilância: em saúde, da saúde, à saúde Questionamento sobre a Vigilâncias das doenças crônicas não transmissíveis Municipalização das ações de VE	Notificação, investigação, controle e disseminação das informações Análise da situação de saúde Georrefecimento Relatórios de Centros de Referência sobre doenças crônicas não transmissíveis. Ações de VE associada às práticas de saúde e às questões ambientais e assistências, junto a microáreas de risco com participação comunitária

Na década de 60, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) torna-se um marco da institucionalização das ações de VE no país, pois fomenta a implantação das unidades de VE no interior das Secretarias Estaduais de Saúde. Além disso, a CEV proporciona a organização de um sistema de notificação de doenças selecionados. É iniciada a disseminação de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal (Fundação Nacional de Saúde, 1998; Albuquerque, 2002). Contudo, a sistematização das ações de Vigilância no Brasil num Sistema de Vigilância Epidemiológica só ocorre oficialmente em 1975, através da Lei 6259/75 regulamentado através do Decreto 78.231/76, diferenciado-se assim as ações de Vigilância Sanitária das de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 1975; Brasil, 1976). A partir de então, as ações de controle das doenças transmissíveis ficam sob a responsabilidade da Vigilância Epidemiológica e a fiscalização de portos, aeroportos, bens, produtos e serviços (medicamentos, cosméticos...), sob responsabilidade da Vigilância Sanitária (Wadman, 1991; Fundação Oswaldo Cruz, 1999; São Paulo, 1999; São Paulo, 1998).

Segundo Paim e Teixeira (1992), a promulgação da Lei que institui o SNVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) é conseqüência de uma série de acontecimentos no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde (Epidemia de Meningite, reuniões e seminários) que desencadeiam a elaboração e aprovação da proposta de criação do SNVE na V Conferência Nacional de Saúde em 1975. Neste mesmo ano é elaborada e aprovada a Lei 6259/75.

Vale destacar que apesar de desde a Assembléia Mundial em 1968 e a 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, reconhecerem que a definição VE não se limita às doenças transmissíveis (Fundação Nacional de Saúde, 1998) o sistema brasileiro detém-se apenas às doenças transmissíveis e não inclui no SNVE a vigilância das doenças crônicas nem a de agravos relacionadas às causas externas (Brasil, 1976).

A Lei nº 6259/75 conceitua a vigilância como aquela que “*compreende informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e situações de agravos de saúde*” (Brasil, 1975).

O Decreto 78.231/76, que institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, introduz a concepção do uso dos métodos usados pela epidemiologia na vigilância e o define como o *conjunto de informações e investigações necessárias à programação e à avaliação das medidas de*

controle e de agravos à saúde, tendo como objetivo organizar estruturas em nível nacional, estadual e regional para apoiar tecnicamente os serviços de saúde na **utilização do método epidemiológico** (Brasil, 1976).

A Lei 8080/90 que regulamenta o SUS incorpora as ações de controle em sua abrangência, mas não restringe as atividades de VE à mesma, incorporando conceito de determinantes e condicionantes de saúde e prevenção, definindo-a como: “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e dos agravos à saúde das populações”. (Brasil, 1990).

Ao analisarem a proposta de Vigilância Epidemiológica no Brasil, Waldman (1991) e Barata (1993) caracterizam-na mais como um **sistema de informação para apoiar a coordenação de programas de controle** de doenças infecciosas, do que “um instrumento de apoio técnico dos serviços de saúde, fundamentado em conhecimento científico e tecnológico rigorosamente atualizado **para apoiar a ação**”, como havia sido definido pelo CDC (Centro de Doenças Transmissíveis do Estados Unidos) desde a década de 50.

Para processar dados sobre agravos de notificação compulsória, fruto de compromissos internacionais e de programas destinados ao controle de doenças transmissíveis, é criado em 1990 o Sistema de Informações de Agravos de Notificação-SINAN (Fundação Nacional de Saúde, 1998).

Hoje, além do SINAN, outros sistemas são utilizados pela Vigilância tais como: o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), implantado em 1975 que se utiliza da Declaração de Óbitos, e está informatizado desde 1990; do SINASC (Sistemas sobre Nascidos Vivos), implantado em 1990 cujo instrumento de obtenção dos dados é a Declaração de Nascidos Vivos. O SIH (Sistema de Informação Hospitalar), embora tenha sido pensado na lógica da produção, para operar sobre o sistema de pagamentos da AIH (Autorização da Internação Hospitalar), é utilizado como fonte de dados sobre as doenças que requerem internação (São Paulo, 1999; Fundação Nacional de Saúde, 2002b)

Quanto aos Sistemas de Informações existentes sobre as Doenças crônicas, Perez & Gaze (2002) referem que eles surgiram concomitante às campanhas de hipertensão, diabetes, prevenção de câncer de cólo, de pele... sendo então Sistemas campanhistas e centralizados. O Sistema Hiper Dia, em implantação,

apesar de ter como principal objetivo dar subsídios à política farmacêutica de hipertensão e diabetes da atenção básica do Ministério da Saúde, pretende contribuir para o conhecimento do perfil de epidemiológico da hipertensos e diabéticos (Brasil, 2002e)

Além das críticas sobre as limitações da vigilância epidemiológica centrada nos agravos de notificação compulsória (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2000), a implementação do SUS faz surgir o debate sobre a separação existente entre a VE (Vigilância Epidemiológica) e a VS (Vigilância Sanitária). Assim, surgem grupos que defendem a junção da VE a VS na Vigilância à Saúde, reunindo num único bloco as ações coletivas. Outros grupos ampliam o conceito de vigilância à saúde associando-a a modelos de saúde com base na promoção da saúde (Barata 1993; São Paulo, 1999; Paim & Teixeira, 1992; Mendes, 1993; Hamman & Laguardia, 2001).

É importante destacar que desde a década de 80, há um movimento para ampliação do uso da Epidemiologia pelos serviços e críticas ao uso do adjetivo epidemiológico associado ao termo vigilância (Barata 1993; Waldman, 1998)

Para Waldman (1998) a Vigilância Epidemiológica é uma das aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde. Por isso, na sua concepção, não devemos falar em vigilância com o adjetivo “epidemiológica”, mas seguir um movimento em nível internacional, que denomina ao conjunto de ações de vigilância, o termo “Vigilância em Saúde”.

Na verdade, o debate existente sobre as denominações das vigilâncias está associado ao uso do termo associado a três conceituações e a três objetos distintos: Vigilância em Saúde, Vigilância da Saúde e Vigilância à Saúde.

O quadro 3 sintetiza as concepções predominantes, resumindo as concepções e componentes que é esperado ao se usar cada conceito.

Quadro 3. Concepções e Componentes de intervenção da Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde, Vigilância da Saúde e Vigilância à Saúde.

Conceituações	Concepção	Componentes	Fonte: Referencial teórico
Vigilância Epidemiológica	Informação para ação	Coleta, análise e disseminação.	Waldman (1991)
	Um das aplicações da epidemiologia	Estudos epidemiológicos	Waldman (1991)
	Informações para adoção de medidas de controle	Controle	Teixeira, Risi Júnior Waldman; Barradas (1993)
Vigilância em Saúde	Ampliação do uso da epidemiologia pelo serviço	Monitoramento de agravos Monitoramento de grupos	São Paulo, 1998.
Vigilância da Saúde (da Situação de Saúde)	Análise da situação de Saúde. Espaço e a relação social. Discussões sobre a epidemiologia social	Avaliação da efetividade dos programas Pesquisa Pesquisa social	Paim e Teixeira, 1992 Mendes, 1993
Vigilância à Saúde	Promoção à Saúde Práticas de Saúde	Mobilização comunitária Intervenção junto a Grupos populacionais de risco e a micro-áreas de risco Planejamento territorializado	Mendes, 1993 Hamman & Laguardia, 2001

Todo o debate conceitual existente sobre o termo vigilância levanta outro: sobre a funcionalidade institucional do objeto concreto das vigilâncias. Para Albuquerque et al. (2002) estas substituições na prática, não alteraram os aspectos conceituais ou operacionais da vigilância epidemiológica. Para ela, a operacionalização da vigilância está institucionalizada sob a responsabilidade do poder público de acordo com 3 denominações: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental, que atuam de forma pouco integradas (Albuquerque et al., 2002)

Barata (1993) considera que as atividades da vigilância epidemiológica já parecem estar bem definidas e são: notificação, investigação, busca ativa, consolidação, análise e disseminação dos dados (Barata, 1993; Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

O guia de Vigilância Epidemiológica define cada uma das práticas, conforme o quadro a seguir:

Quadro 4. Definição das Práticas da Vigilância Epidemiológica conforme o guia de vigilância epidemiológica de 2002.

Práticas	Definição
Notificação	Comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita a autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.
Investigação epidemiológica de campo	Procedimento destinado a complementar as informações da notificação, no que se refere à fonte de infecção e aos mecanismos de transmissão, entre outras, possibilitando a descoberta de casos que não foram identificados.
Busca Ativa	É a procura ativa de informações diretamente onde são geradas, através de consultas a prontuários hospitalares/ambulatoriais ou, em campo, na própria comunidade.
Inquéritos epidemiológicos	É o estudo seccional do tipo amostral utilizado para complemento de dados.
Levantamentos epidemiológicos	Estudo realizado com base nos dados existentes nos registros dos serviços de saúde ou de outras instituições. Geralmente não é um estudo amostral
Processamento de dados	É alimentação criteriosa dos dados nos sistemas
Consolidação de dados	Ordenação de acordo com características de pessoa lugar e tempo em tabelas, gráficos, mapas da área em estudo e outros.
Análise dos dados	Transformação do dado em informação capaz de orientar medidas de prevenção e controle a partir da consolidação GVE
Retroalimentação do Sistema	Devolução de informações aos níveis de menor complexidade desde uma análise específica relativa ao local da notificação até a mais complexa situação epidemiológica, tendo como base o resultado da análise dos dados
Confirmação diagnóstica	Confirmação laboratorial das Doenças de Notificação Compulsória realizada por laboratórios de saúde pública. Em algumas situações a confirmação é feita com base em critérios de confirmação definidos para cada doença baseada na história clínica-epidemiológica.
Vigilância Sentinela	Modelo complementar de informações cujo interesse não está centrado na obtenção do universo dos casos ocorridos mas, monitorar indicadores chaves na população ou em grupos especiais que sirvam como alerta precoce para o sistema de saúde, não tendo preocupações com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população em geral

Fonte: Guia de VE, 2002.

Dentre as atividades da vigilância epidemiológica, a investigação epidemiológica é considerada a parte mais nobre da metodologia da vigilância. Geralmente existem fichas padronizadas de Investigação (Ficha de investigação epidemiológica) (Teixeira e Risi Júnior, 1999). A investigação deve conferir,

confirmar, e, se necessário, corrigir as informações contidas na notificação (Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

Os Inquéritos epidemiológicos são realizados quando as informações são inadequadas e insuficientes devido à notificação imprópria ou deficiente; quando há mudança no comportamento epidemiológica da doença, quando se tem dificuldade em avaliar coberturas vacinais ou eficácia de vacinas; quando há necessidade de se avaliar medidas de controle de um programa ou quando há a descoberta de um agravo inusitado (Fundação Nacional de Saúde, 2002a). **Já os levantamentos epidemiológicos**, geralmente não são estudos amostrais e destinam-se a coletar dados para complementar informação já existente tais como: a recuperação de séries históricas para análise de tendências, e a busca ativa de casos para aferir a eficiência de sistema de notificações (Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

A **Busca Ativa** pode ser de casos, de óbitos e de nascimentos. A Busca Ativa de casos é parte integrante da investigação de casos realizada no espaço geográfico em que se suspeita a existência da fonte de contágio ativa. Pode ser restrita a um domicílio, rua, bairro, ultrapassar municípios ou estados de acordo com as correntes migratórias ou veículos de transmissão (Teixeira & Risi Júnior, 1999).

Além do Processamento, a **consolidação dos dados** deve produzir frequências absolutas das doenças além de coeficientes (incidência, prevalência, letalidade, mortalidade) para permitir comparação das ocorrências (Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

Muitas vezes são construídos os diagramas de controle. Estes correspondem a gráficos lineares que exibem tendências no tempo representando incidências de agravos em horas, dias, meses, anos, décadas ou séculos a fim de permitirem a rápida visualização das oscilações das doenças, identificando fatores condicionantes nas variações observadas (vacinas, guerras, surtos...) (Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

Após a **análise dos dados**, a devolução de informações aos níveis de menor complexidade deve ser tarefa essencial. É dever da **retroalimentação** subsidiar a reformulação de programas dos serviços de saúde, materializando-se através de informes ou boletins epidemiológicos (Perez & Gaze, 2002)

Já dentre as técnicas utilizadas para a **vigilância sentinela** existem a seleção dos eventos, das unidades, dos grupos alvos e das áreas sentinelas. Os **eventos sentinelas** são um elenco de doenças preveníveis, incapacidade ou morte inesperada que serve como sinal de alerta da qualidade da assistência; as **unidades**

de saúde sentinelas geralmente são unidades hospitalares que internam doenças infecto parasitárias e informam diariamente os seus internamentos e atendimentos ambulatoriais; **profissionais sentinelas** são aqueles especializados que através de notificações rotineiras fazem a vigilância de doenças que exigem assistência especializada como o câncer. Como exemplo de **grupos alvo sentinelas** podem ser citados os trabalhadores expostos a riscos onde torna-se necessária a realização de exames laboratoriais específicos para prevenir doenças ocupacionais. As **áreas sentinelas** são áreas geográficas específicas para **monitoramento de** certas doenças ou alterações na situação de saúde (Fundação Nacional de Saúde, 2002 a). Para Waldman (1991) as ações de monitoramento devem fazer parte do conjunto de atribuições da vigilância epidemiológica, assim como em qualquer outro subsistema de saúde.

Outra prática da VE é o controle. Devido a forte influência da Campanha de Erradicação Varíola, o modelo de vigilância introduzido no Brasil atribui à vigilância epidemiológica brasileira as ações de controle das doenças (Waldman, 1991). Como exemplo das ações de controle pertencentes à vigilância epidemiológica estão a quimioprofilaxia e o bloqueio vacinal (Brasil, 1999a).

Vale destacar que nos planos para o controle das doenças aceita-se a convivência do homem com determinadas doenças, porém em níveis toleráveis ao mesmo (Fundação Nacional de Saúde, 2000a)

Tanto para Waldman (1998) quanto para Rouquayrol (1999) o controle refere-se a medidas de intervenções programadas para a redução da incidência, prevalência de determinada doença. Waldman (1998) considera também que o controle pode ser destinado a intervenções integradas para reduzir os riscos da transmissão numa população ou subgrupos de expostos, como as ações de saneamento.

Rouquayrol (1999) agrupa dentro das medidas de controle, além do saneamento, a suplementação alimentar, as campanhas de vacinação ou qualquer medida que influencia nas quedas de incidência e prevalência.

Perez & Gaze (2002) salientam que fazem parte das medidas de controle o tratamento, a vacina e as ações intersetoriais como a vigilância da qualidade do sangue nas transfusões, realizadas em conjunto com vigilância sanitária.

1.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A partir da constituição de 1988 a Epidemiologia se destaca na Constituição Federal, na Lei 8080/90 nas NOBs (Normas Operacionais Básicas), bem como na NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) (Cosenza, 2002).

Diante do processo de descentralização, e da teorização sobre a vigilância em saúde e o uso da Epidemiologia pelos serviços de saúde, o I Seminário de Vigilância Epidemiológica, em 1992, discute questões como reconceituação da VE e reorganização do SNVE (Barata, 1993). E em consonância com a Lei 8080/90, e com as propostas de descentralização deste seminário, são definidas ações a serem desenvolvidas pelos níveis Federal, Estadual, Municipal e “local” que neste momento corresponde aos Centros de Saúde, Unidades de Saúde, Bairros, Escolas etc. Tais definições só foram publicadas oficialmente em 1998 pelo guia de VE (Anais, 1993; Ministério da Saúde, 1998; Teixeira e Risi Júnior, 1999).

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes do sistema apontam para a descentralização das ações de saúde. Assim sendo, são instituídas as NOB's com a finalidade de normatizarem o financiamento do ações no SUS tendo em vista a municipalização (Brasil, 1988). A NOB-91, resolução editada pelo INAMPS (Instituto Nacional de Previdência Social), não faz referência ao modo de financiamento das ações de vigilância epidemiológica (Brasil, 1991).

Num comentário feito a Saúde em Debate, Cordoni Júnior & Bertone (1992) referem que o conjunto de medidas, relativas ao financiamento pela NOB-SUS 91, ignora a Vigilância Epidemiológica e a Sanitária, importantíssimas na saúde pública. Para eles, esta norma previu apenas o pagamento das ações de vigilância executadas por profissionais de nível médio e privilegiou apenas o pagamento por atos de alta densidade tecnológica e hospitalar. Ao contrário da NOB-SUS 91, que só diz respeito ao financiamento, a NOB-SUS 93 avança na definição dos campos de atuação da saúde pública. No entanto, só estabelece critérios de repasse financeiro no campo da atenção ambulatorial e hospitalar (Brasil, 1993).

Esta norma destaca que o financiamento de ações de “vigilância em saúde” seria definido no prazo de 90 dias, através de normas complementares. Todavia, traz como prerrogativas e responsabilidades dos municípios em condição de gestão incipiente e parcial, a necessidade de incorporar à rede de serviços básicos a

vigilância epidemiológica e sanitária. O município na condição de gestão semi-plena já deve assumir a execução e o controle de tais ações (Brasil, 1993).

Para Cosenza (2002), as NOBs-SUS 91 e 93 estabelecem uma dicotomia entre as ações de Epidemiologia e Controle das doenças uma vez que as ações de epidemiologia ficam a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios de médio e grande porte; enquanto que as ações de controle de doenças, em particular as grandes endemias, ficam sob a responsabilidade da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), desenvolvendo seus programas verticais com repasse de recursos através de convênios.

A NOB-SUS 96, ao ser editada, considera a vigilância epidemiológica um campo clássico da saúde pública. Para ela, a VE agrega simultaneamente atividades tanto de assistência quanto das intervenções ambientais (Brasil, 1996).

A NOB-SUS 96 menciona pela primeira vez que as atividades de “epidemiologia” devem ser de responsabilidade do município, desde a gestão Plena de Atenção Básica. Na gestão plena de Atenção básica o município também deve executar o controle das doenças e das ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas, como acidentes, violência e outras, incluídas no TFECD (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle das Doenças) e não contidas no Cartão SUS (Brasil, 1996).

A referida norma institui no âmbito do SUS um teto, não de VE, mas de **Epidemiologia e Controle** das Doenças e a portaria 1399/99 do GM/MS, que a regulamenta, trata da **Epidemiologia** e controle das doenças no SUS (Brasil, 1999a).

Para Cosenza (2002), o repasse fundo a fundo e sistemático de financiamento eliminou a burocracia e distorções contidas no mecanismo convencional.

Em 1996, após a reforma administrativa do Ministério da Saúde (MS), o mesmo publica uma listagem de doenças de notificação compulsória, antes dispersas em várias portarias (Albuquerque et al., 2002). A atual Portaria (Anexo 1) é a de 18 de outubro de 2001 (Brasil, 2001).

Visando atribuir funções aos municípios, o Guia de Vigilância Epidemiológica incorpora em 1998 o que foi definido no I Seminário em 1993, quanto às funções dos níveis Federal, Estadual e Municipal. O Guia traz um quadro que denomina de Esquema básico do Sistema de Vigilância e Controle de Doenças e Agravos (Fundação Nacional de Saúde, 1998; Anais, 1993). O mesmo está reproduzido no Quadro 5.

Quadro 5. Atribuições dos Municípios e do Nível local para o desenvolvimento das atividades e ações de vigilância epidemiológica.

Níveis	Nacional	Central/Estadual	Municipal	Local
Órgão responsável	Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde Conselho Estadual de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde Conselho Municipal de Saúde	Centro de Saúde, Unidade Mista, Posto de Saúde, hospital, ambulatório, Consultório médico, laboratório. Escola, extensão rural, agremiação , igrejas etc.
Localização	Brasília/DF	Capitais da Ufs	Sedes Municipais	Bairros, vilas e Povoados
Função	<ul style="list-style-type: none"> • Coord. Nacional • Normatização • Coleta de dados e informações. • Análise dos dados • Investigações especiais • Assessoria técnica no nível estadual • Supervisão • Produção de informes epidemiológicos • Apoio referencial(nacional e internacional) • Retroalimentação • Treinamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Coord. Estadual • Normatização segundo diretrizes nacionais • Coleta de dados e inf. • Análise dos dados • Apoio operacional • Investigações em apoio aos níveis regional e local • Assessoria técnica • Supervisão • Produção de informes epidemiológicos • Retroalimentação • Treinamento • Informação no nível local 	<ul style="list-style-type: none"> • Coord. Municipal • Normatização de novos agravos incluídos no Sistema municipal • Coleta de dados e inf. • Análise dos dados • Ações de controle • Investigações de casos e surtos • Coleta de material para diagnóstico • Produção de informes epidemiológicos • Retroalimentação • informação ao nível local • Educação em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento • Notificação de casos e resultados de exames • Análise dos dados • Orientação à comunidade • Ações de controle • Investigação de casos e surtos

Fonte: Publicado no Guia de Vigilância Epidemiológica de 1998 e disponível no Guia de VE Virtual da Internet disponibilizado a partir de abril de 2003.

Outra questão que o Guia de Vigilância Epidemiológica retoma são as ações de vigilância das doenças crônico-degenerativas. Desde 1991 a Fundação Nacional de Saúde discute a questão, tendo elaborado um documento interno que estabelece quatro padrões de atuação junto aos estados e municípios, visando a gradual incorporação das ações de vigilância epidemiológica pelos mesmos que contemple

principalmente a vigilância dos óbitos infantis, das crônicas degenerativas, cárie dentárias, acidentes de trabalho e causas externas (acidentes e violências) (Paim e Teixeira, 1992). Porém, o relatório da II Reunião para implantar o Monitoramento de Doenças Crônicas não Transmissíveis, de seus fatores de Risco e outros Agravos à Saúde promovida pela FUNASA, define como estratégia para vigilância das crônicas, a parceria com centros colaboradores: Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli- CLAVES/FIOCRUZ/RJ (violência), Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Antropologia do Envelhecimento (NEAE) e FIOCRUZ(Saúde do Idoso), Instituto Nacional do Câncer- INCA/MS/RJ (Neoplasias) e Instituto de Saúde Coletiva na Bahia- UFBA(DCV-Diabetes) (Fundação Nacional de Saúde, 2002e).

Em 1998 objetivando definir ações detalhadas quanto às atribuições de ações a Estados e Municípios, a 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 1998, aprova ações de VE de básica, média e alta complexidade(São Paulo, 1999) que estão expressas no Quadro 6.

Quadro 6. Ações básicas, de média e alta complexidade atribuídas a estados e municípios em 1998 na 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite.

AÇÕES DE VE E CONTROLE DE DOENÇAS	Grau de complexidade			Nível de Gestão			
	Baixa	Média	Alta	MAB	MPS	EST	FED
1. NOTIFICAÇÃO							
1.1 Notificação de Doenças de Notificação compulsória	X			X	X	X	
2. INVESTIGAÇÃO							
2.1 Caso	X	X	X	X	X	X	X
2.2 Óbito	X	X	X	X	X	X	X
2.3 Surto		X	X		X	X	X
2.4 Agravamento inusitado		X	X		X	X	X
3. BUSCA ATIVA – Visitas (Casos, Óbitos e Nascimentos)							
3.1 Em Unidades de Saúde (Hospital, Laboratórios, ambulatório, etc.)	X			X	X	X	
3.2 Em domicílio(Humana/ animal)	X			X	X	X	
3.3 Em cartórios	X			X	X	X	
3.4 Em instituições de ensino/creches	X			X	X	X	
3.5 Em cemitérios	X			X	X	X	
3.6 Em outros	X			X	X	X	
4. VIGILÂNCIA VIRAL (Agravos Virais de Notificação Compulsória)							
4.1 coleta de material	X	X	X	X	X	X	X
4.2 Envio da amostra	X	X	X	X	X	X	X
6. AÇÕES DE CONTROLE							
6.1 Vacinação de rotina (Humana e Animal)	X	X		X	X	X	
6.2 Intensificação da rotina (Humana e Animal)	X	X		X	X	X	
6.3 Campanha e vacinação (Humana e Animal)	X	X		X	X	X	

6.3.1 Nacional/ Estadual	X	X			X	X	
6.3.2 Municipal	X	X			X	X	
6.4 Bloqueio Vacinal (Humna/ Animal)	X	X	X		X	X	
6.5 Bloqueio Quimioprofilático	X	X			X	X	
6.6 Controle Químico, Biológico e Ambiental de Vetores (a)	X	X		X	X	X	X
7. MONITORAMENTO DE AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (C)							
7.1 Doenças Diarréicas Agudas	X			X	X	X	X
7.2 Óbito Infantil	X	X	X	X	X	X	X
7.3 Morte Materna		X	X		X	X	X
8. EDUCAÇÃO EM SAÚDE							
8.1 Campanha/ Palestra/ Reuniões	X	X		X	X	X	X
8.2 Comunicação Social (produção de material audiovisual)		X	X		X	X	X
9. DIVULGAÇÃO							
9.1 Boletins					X		
9.2 Impressos		X	X		X	X	X
9.3 Meio Magnético			X		X	X	X
10. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS							
10.1 Diagnóstico Epidemiológico/ análise de Situação de Saúde	X	X	X	X	X	X	X
10.2 Estudos Epidemiológicos			X			X	X
10.3 Avaliação de Programa		X	X			X	X
11. SUPERVISÃO							
11.1 Local	X	X		X	X	X	
11.2 Regional		X	X			X	
11.3 Estadual		X	X				X
12. SISTEMA DE INFORMAÇÕES							
12.1 Coleta	X			X	X	X	
12.2 Processamento Manual	X	X		X			
12.3 Processamento Eletrônico		X			X	X	X
12.4 Análise dos dados		X			X	X	X
12.5 Retroalimentação	X	X		X	X	X	X
12.6 Envio Regular dos Dados	X	X	X	X	X	X	
12.7 Manutenção dos Bancos de Dados	X	X	X	X	X	X	X
9. COORDENAÇÃO DE AÇÕES DE VIGLÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA							
13.1 Normatização		X	X		X	X	X
13.2 Definição de Indicadores Operacionais		X	X		X	X	X
13.3 Definição de Indicadores de Situação da saúde		X	X		X	X	X
13.4 Articulação intra e inter setorial (órgãos públicos, privados e ongs)	X	X	X	X	X	X	X
13.5 Articulação com instituições de pesquisa		X	X		X	X	X
13.6 Planejamento de formação e capacitação de RH com VE		X	X		X	X	X
13.7 Planejamento das ações de VE e controle de Agravos	X	X	X	X	X	X	X
13.8 Elaboração de Projetos de intervenção e pesquisa		X	X			X	X
13.9 Controle e avaliação das atividades	X	X	X	X	X	X	X
13.10 Assessoria aos Municípios/Estado			X			X	X
(a) Condicionado ao Processo de Descentralização da Fundação Nacional de Saúde							
(b) Molusco, roedores, cães, morcegos, escorpião, serpente, lagartas e outros							
(c) Conforme a realidade dos Estados e Municípios outros agravos poderão ser monitorados.							

Fonte: CBVE (São Paulo, 1999)

Com a política de ampliação da atenção básica iniciada em 1994 (Machado, 2001), a portaria do Gabinete do Ministério da Saúde Nº. 3925 GM/MS, de 13 de novembro de 1998, aprova o manual para a organização da atenção Básica no SUS, e define as ações de VE como uma das responsabilidades dos municípios (Brasil, 1998 a). De acordo com esta portaria, dentre as atribuições da atenção básica, as ações de VE são: a Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham interromper a cadeia de transmissão como: diagnóstico clínico e coleta de material para exames; identificação e investigação de comunicantes; **execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico** (Brasil, 1998a; Brasil, 2001)

Para regulamentar a NOB-SUS 96, o Ministério da Saúde só vem lançar uma portaria em dezembro 1999, de número 1399. Nesta portaria fica definida de forma oficial a atribuição dos municípios quanto às ações de Epidemiologia, Vigilância e Controle das Doenças. Deste modo, atribui-se à FUNASA a Gestão do Sistema do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças, e aos municípios o que se segue (Brasil, 1999a).

- Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização local (municipal), federal e estadual;
- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- Busca ativa de declarações de óbito e de nascidos vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes, entre outros;
- Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória em articulação com SES (Secretaria Estadual de Saúde);
- Provimento de realização de exames laboratoriais para o controle das doenças como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros definidos na PPI-ECD;
- Acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal;
- Vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;
- Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do PNI de rotina de campanhas e eventos adversos e óbitos pós-vacinais;
- Gestão dos sistemas de informação epidemiológica: coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações);
- Envio dos dados ao nível estadual regularmente dentro dos prazos;
- Análise dos dados e retro-alimentação dos dados;

- Divulgação das informações e análises epidemiológicas;
- Participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle das Doenças;
- Participação na CIB (Comissão Interiores Bipartite), na definição da PPI-ECD (Programação Pactuada Integrada- Epidemiologia e Controle de Doenças);
- Gestão dos estoques e insumos estratégicos;
- Capacitação de Recursos Humanos.
- As competências poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou consórcios de municípios nas condições pactuadas da CIB. Inclui também as ações de controle químico e biológicos, captura de vetores, captura de animais.

Desta vez, o Sistema incluiu além da notificação de doenças e ações do PNI (Programa Nacional de Imunizações), os Sistemas de Informações e ações direcionadas ao meio ambiente (Brasil, 1999a).

A Portaria 1399/99, em seu artigo 21, também define que as ações de Epidemiologia e Controle das Doenças, até então pertencentes exclusivamente a FUNASA, devem ser descentralizadas. São elas as grandes endemias: Malária, Leishimanioses, Esquistossomose, Febre Amarela e Dengue, Tracoma, Doença de Chagas, Peste, Filariose e Bócio (Brasil, 1999a).

Vale destacar que o Ministério da Saúde recomenda também que as ações de VE, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle das doenças sejam incorporadas às atividades do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família), cuja concepção baseia-se na promoção da saúde em direção da vigilância à saúde (Brasil, 1999a; Brasil, 2000a).

Numa avaliação do PSF realizada pelo Ministério da Saúde, o mesmo considera como sendo ações do Programa: a Notificação das Doenças de Notificação Compulsória, a Investigação e o controle: incluindo bloqueio vacinal e quimioprofilaxia (Brasil, 1999a)

No que se refere à atenção básica e ao PSF, publicações e portarias posteriores do Ministério da Saúde incorporam de alguma forma as ações de VE: nas portarias (Brasil, 2001c, 2002b); nas atribuições da equipe de Saúde da Família do Guia do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2001b) e no Manual do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2000a).

A NOAS em 2001 (Portaria nº. 95 do GM/MS), que trata da ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, institui a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada como mais uma forma de gestão a ser assumido pelos municípios que estão em Gestão Plena da Atenção Básica pela NOB 96 (Brasil, 2001b). Estas novas atribuições incluem dentro das ações estratégicas do Ministério de Saúde ações de VE. As áreas estratégicas são de controle da tuberculose; eliminação da

hanseníase; controle da hipertensão arterial; controle da diabetes mellitus; saúde da criança; saúde da mulher e saúde bucal (Brasil, 2001b).

Os indicadores estabelecidos para avaliação da atenção básica dos municípios pleiteantes à NOAS estão no quadro 7.

Quadro 7. Indicadores elencados para avaliação da atenção básica dos municípios pleiteantes a condição de gestão segundo a NOAS.

Área	Indicador
Controle	Cobertura vacinal de rotina da DPT
Alimentação dos SIS	Alimentação regular dos SIS (SIA, SINASC, SINAN, SIM, SI_PNI e SIAB)
Unidades que desenvolvem ações estratégicas mínimas	Busca ativa (Visita Domiciliar) Tuberculose (com BCG a comunicantes), Hanseníase, Hipertensão, Diabetes Mellitus. Crianças: Vacinação; Mulher: Coleta de material Cérvico-uterino

Vale destacar que como requisito para habilitação do município, tanto em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada quanto em Gestão Plena do Sistema Municipal, é necessária a comprovação da capacidade de desenvolver ações de VE (Brasil, 2001b).

Para avaliar o município pleiteante à condição de Gestão Plena do Sistema municipal através da NOAS-SUS 2001, o mesmo deverá demonstrar capacidade de desenvolver ações de VE de acordo com a PPI estabelecida com a FUNASA. A NOAS 2002 ratificou estas áreas estratégicas (Brasil 2001b; 2002a).

O Pacto de Atenção Básica 2001 e 2002 estabelecem indicadores a serem pactuados entre governo federal e estado; governo federal e municípios com 80.000 habitantes e com mais de 80.000 habitantes. Quanto às ações de VE não foram feitas diferenciações entre responsabilidades de municípios e número de habitantes (Brasil, 2001c; Brasil 2002b). Os indicadores propostos para pactuação estão no quadro 8.

Quadro 8. Indicadores de VE presentes no Pacto de Atenção Básica, 2002.

Ações de VE	Indicadores
1- Investigação de Sarampo	1- Proporção de casos de sarampo investigados em 48 horas após a notificação
2- Confirmação de casos tétano neonatal	2- Número de casos confirmados de tétano neonatal
3- Confirmação de sífilis congênita	3- Número de casos confirmados de sífilis congênita
Ações de controle	Indicadores
4- Vacinação em menores de 1 ano e em idosos.	4- Cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de 1 ano de idade; 4- Cobertura vacinal contra influenza em idosos

Vale salientar que em relação ao pacto de atenção básica, o indicador **Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados** é pactuado apenas entre o Estado e Distrito Federal.

Paralelo a isso, o Ministério da Saúde através da FUNASA, particularmente do CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia e Controle das Doenças), firmou um acordo com o Banco Mundial, no valor de U\$ 600 milhões, para fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com o intuito de fortalecer a capacidade nacional de prever, detectar e prevenir a introdução de novas doenças ou reemergência de “velhas” mazelas no projeto VIGISUS (Fundação Nacional de Saúde, 1999).

Os recursos estão sendo utilizados nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde, Saúde Indígena e Controle de Doenças na Amazônia Legal, com a aquisição de equipamentos de informática e comunicações; veículos; melhorias nos laboratórios de saúde pública; treinamento e capacitações; realização de estudos e pesquisas; entre outros. O VIGISUS tem como objetivo solidificar o debate conceitual sobre as ações de **Vigilância à Saúde** pelos serviços (Fundação Nacional de Saúde, 1999) .

Com o objetivo de avaliar os resultados da área da vigilância epidemiológica, alguns indicadores de resultado foram estabelecidos pelo projeto conforme quadro 9.

Quadro 9. Indicadores para acompanhamento do desempenho do sistema vigilância epidemiológica do Projeto VIGISUS

Atividades	Indicadores
Notificação de óbitos	Notificação observada/ notificação esperada para a região x 100 (redução de 30%)
Controle	Alcance das metas do PNI para as vacinas de esquema básico atual (BCG, DPT, Anti-pólio e Anti-sarampo)- No de crianças vacinadas com DPT/ no. De crianças menores de 1 ano x 100 No de crianças vacinadas com BCG/ no. De crianças menores de 1 ano x 100 No de crianças vacinadas com Anti-pólio/ no. De crianças menores de 1 ano x 100
Investigação	Proporção de causas mal definidas, com assistência médica, no total de óbitos registrados Número de óbitos por causas mal definidas/No. Total de óbitos x 100 ($\leq 5\%$ bom; $< 5\%$ e $\geq 15\%$ - regular; $> 15\%$ ruim) Proporção de casos notificados com investigação concluída em menos de 60 dias ($\geq 80\%$ bom; $\geq 50\%$ e $< 80\%$ - regular; $< 50\%$ ruim)
Diagnóstico laboratorial	Proporção de casos notificados classificados por diagnóstico laboratorial (exceto quando se tratar de surtos e epidemias) $\geq 80\%$ bom; $\geq 50\%$ e $< 80\%$ - regular; $< 50\%$ ruim
Casos de hanseníase identificados	Proporção de casos de hanseníase sem incapacidade física constatada no período (No. De casos sem incapacidade/total de casos diagnosticados $\geq 90\%$ bom; $\geq 80\%$ e $< 90\%$ - regular; $< 80\%$ ruim)
Sistemas de informação	Relação entre número de casos notificados de agravos de notificação compulsória e número de internações hospitalares pelas mesmas causas registrados no SIH/SUS (Relação > 1 bom; Relação = 1 regular; Relação < 1 ruim)

Em 2002, o novo guia de vigilância epidemiológica define atribuições da VE em todos os níveis de sistema (Quadro 9). Estas funções estão no Quadro 10.

Quadro 10. Funções de VE em todos os níveis do sistema.

<p>1. Coleta de dados</p> <p>1.1 –Morbidade:</p> <p>Notificações de casos e surtos, Produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, Investigações epidemiológicas, Busca ativa de casos; Estudos epidemiológicos: inquéritos epidemiológicos, levantamento epidemiológico Sistemas sentinelas: monitoramento de grupos alvos e eventos sentinelas, mortalidade, notificação de surtos e epidemias.</p> <p>1.2 Dados de mortalidade</p> <p>Utilizando a Declaração de óbito</p> <p>1.3 Uso de dados Demográficos, socioeconômicos e ambientais</p> <p>Utilização da Declaração de nascidos vivos</p> <p>2- Processamento de dados coletados</p> <p>3- Análise e interpretação dos dados processados</p> <p>4- Recomendações das medidas controles apropriadas</p> <p>5- Promoção das ações de controle indicadas</p> <p>6- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas</p> <p>7- Divulgação de informações pertinentes</p>

Dessa forma “Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica, compreendendo o conjunto das funções mencionadas. “A atuação competente destas funções no nível local estimulará maior visão do conjunto nos níveis estadual e federal.”(Fundação Nacional de Saúde, 2002a)”.

O Guia de VE aponta para que “os técnicos do nível federal dediquem-se seletivamente a questões mais complexas, emergenciais ou de maior extensão, que demandam participação de especialistas e centros de referência, inclusive de nível internacional” (Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

A partir do que está estabelecido no Guia de Vigilância Epidemiológica, torna-se claro que o município não deve apenas se restringir a atuação no âmbito local : “desta forma não se admite que a atuação no âmbito local esteja restrita à realização de coleta de dados e à sua transmissão a outros níveis. O fortalecimento de sistemas municipais de saúde, tendo a vigilância epidemiológica como um de seus instrumentos mais importantes de atuação, deve constituir-se na estratégia principal de institucionalização”. (Fundação Nacional de Saúde, 2002 d)

Enfim, o quadro 11 localiza as ações de VE a partir da NOB 91 nas normas e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Quadro 11. Ações e Indicadores de VE definidos a partir da NOB 91 pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional de Saúde.

Norma	Comentário
NOB 91 (Resolução 258 de 8 de janeiro de 1991)	Não faz referência às ações de VE. Financia atividades de VE desenvolvidas pelos profissionais de nível médio
NOB 93	O município em gestão Incipiente e Parcial deve: incorporar ações de Vigilância Epidemiológica Na Semi-plena: executar e controlar as ações de VE
NOB 96 (Portaria 2.203 de 06 de novembro de 1996)	O financiamento das ações de VE está contido no TFECED Cria a PPI-ECD Os municípios têm que assumir as ações de VE no âmbito da execução das ações básicas de epidemiologia e controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas como acidentes, violências e outras incluídas no TFECED. Não são inclusos indicadores de avaliação de VE na avaliação dos municípios quanto a NOB 96
5ª Reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite	A prova ações de VE de básica, média e alta complexidade.
Guia de Vigilância Epidemiológica de 1998	Retoma atribuições de VE nos níveis local, municipal, estadual e federal.
Portaria 13925/98 (Aprova o Manual de Atenção Básica)	Define também ações de VE para serem desenvolvidas pela atenção básica
Portaria 1399/99	Descentraliza as grandes endemias Define critérios de repasse do TFECED Define como será a PPI Define a incorporação das ações de VE junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao e Programa de Saúde da Família.
Avaliação do Programa de Saúde da Família (2000)	Inclui variável relativa a ações de notificação, investigação e controle na avaliação do Programa de Saúde da Família.
Manual do ACS (2000)	Estabelece notificações para a equipe
Publicação da FUNASA Avaliação dos Indicadores da qualidade da vigilância epidemiológica e ambiental 2000	Estabelece Indicadores para avaliação das Ações de VE junto às de Vigilância Ambiental
Portaria 1158 de 08 de agosto de 2001 sobre avaliação dos municípios na NOAS01/ 2001	Estabelece indicadores de Vigilância Epidemiológica nos Indicadores de avaliação dos municípios habilitados segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde
Portaria 95 NOAS 2001	Define ações estratégicas e associadas a estas, encontramos ações de VE.
Pacto de Atenção Básica 2001	Definição de indicadores relacionadas às ações de VE na atenção básica
Portaria 373 NOAS 2002	Ratifica as ações estratégicas e ações de VE associadas
PPI ECD 2002	Definição de indicadores relacionados às ações de VE
Pacto de Atenção Básica 2002	Definição de indicadores relacionados às ações de VE na atenção básica
Guia Prático do PSF (2002)	Ratifica que é função dos profissionais da ESF desenvolver ações de VE
Guia de Vigilância Epidemiológica, 2002	Define Ações de VE comuns a serem desenvolvidas em todos os níveis do sistema, a variar conforme complexidade dos acontecimentos

CAPÍTULO 2

2.1 A AVALIAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO

A avaliação é uma atividade antiga, porém em relação aos serviços públicos ganha relevância após a Segunda Guerra Mundial, tendo-se intensificado e ampliado nos diversos segmentos da sociedade (Contrandiopoulos et al., 1997).

Os economistas são os primeiros a desenvolverem métodos para analisar vantagens e custos dos programas públicos, porém segundo Contrandiopoulos et al. (1997) eles não foram capazes de avaliar de maneira satisfatória as intervenções dos programas sociais e de educação.

Guba & Lincoln (1990) apud Contrandiopoulos et al. (1997) identificam na história da avaliação 4 estágios. *“O primeiro estágio é baseado na medida dos resultados (escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitam medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortalece nos anos 20 e 30. Ele trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir os resultados. O terceiro estágio é baseado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. No quarto estágio, a avaliação é feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada”.*

Em se tratando de negociações e acordos entre atores envolvidos, para Nemes (2001) uma avaliação tem que ser consensuada entre as partes envolvidas para ter representatividade e assim poder dar utilidade às mesmas .

No desenvolvimento da avaliação na área de saúde, alguns fatores históricos são determinantes. Na década de 50 o crescimento dos serviços de saúde, a incorporação de novas tecnologias e as reponsabilidades dos governos com a saúde das populações são um destes fatores. Isto faz com que a referida década se torne um marco da avaliação em saúde no campo científico (Nemes, 2001).

A autora ainda refere que os anos 60 e 70 caracterizam-se como uma época onde são definidos três grandes focos de avaliação na literatura internacional, originadas principalmente dos Estados Unidos:

- Avaliação tecnológica- focada na segurança, efetividade e custo de tecnologias, de produtos e de processos

- Avaliação da qualidade- focada em serviços assistenciais de saúde, principalmente médicos

- Avaliação de programas- focada em conjuntos articulados de atividades voltadas para populações alvo

Na verdade a avaliação de programas e serviços está presente em várias áreas: Educação, Administração, Economia, Serviço Social e Saúde Pública. Em cada área ganha indumentárias próprias através de conceitos específicos, indicadores e técnicas apropriadas de aplicação (Deslandes, 1997).

Com a diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde, torna-se indispensável o controle dos custos. Mas a qualidade dos serviços foi pouco questionada (Hartz, 1999).

Aos poucos a avaliação é profissionalizada e as associações como a American Evaluation Association e a Evaluation Society contribuem para o movimento de profissionalização da avaliação (Conrandiopoulos et al., 1997). A partir de então, a avaliação passa a ganhar bastante destaque em países como os Estados Unidos e Canadá, onde são discutidas várias definições e se chega a compreender a grande complexidade em termo de metodologia e definições (Hartz, 1999). Hoje, os teóricos chegam a afirmar que cada avaliador constrói a sua própria definição (Conrandiopoulos, et al. 1997).

A avaliação de serviços de saúde hoje é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. *A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros)* é reconhecida e amplamente divulgada (Deslandes, 1997)

Sabe-se agora que a avaliação é uma etapa de grande importância no planejamento, uma vez que permite a tomada de decisões de maneira orientada pelos problemas enfrentados pelos serviços de saúde (César & Tanaka, 1996)

Aqui no Brasil, embora os mesmos fatores históricos tenham impulsionado a introdução da avaliação, a problemática só ganha força nos discursos do gestores nos últimos anos (Nemes, 2001).

Ainda segundo a autora, ao contrário dos países desenvolvidos, não há no Brasil um campo profissional para atuação de avaliadores; e a experiência é pequena. Há um dificuldade em se importar modelos e de se reconhecer a pesquisa avaliativa como instrumental para avaliação.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde no país, começam a surgir novas responsabilidades para os três níveis de gestão, tornando necessário implementar a avaliação como estratégia para reordenar os serviços e, principalmente, para que sua aplicação instrumentalize a tomada de decisão (Mendes, 2001) . Neste contexto, a avaliação da qualidade dos serviços passa a ter relevância principalmente diante das exigências de organismos internacionais e da reforma na administração pública brasileira com a Reforma do Estado (Almeida,2001; Piccioto apud Hartz, 1999) .

Na área da epidemiologia, após a NOB-SUS 96, foi implantado o processo de certificação a ser conferido as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

O termo Certificação designa o processo de avaliação através do qual uma instância organizacional (governamental ou não) avalia e reconhece uma pessoa ou organização que cumpre os pré-requisitos ou critérios pré-estabelecidos (Organização Pan-americana de Saúde & Organização Mundial de Saúde 2002).

Para Silva (1999), na incorporação das ações pelos municípios, alguns aspectos devem ser investigados em profundidade, onde as dimensões contextuais e históricas devem ser resgatadas.

Porém são poucos os trabalhos sobre a avaliação da descentralização da VE. Sem se aprofundar muito nas questões metodológicas e de julgamento Oliveira (1989) publica um estudo sobre a avaliação da vigilância epidemiológica referente a um estudo sobre a “Implementação de ações de vigilância epidemiológica em nível regional através da reorganização das ações de VE em Governador Valadares/MG.

Carvalho & Marzocchi (1983) se propuseram a “Avaliar a prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil” com o intuito de estudar o processo das atividades de VE após os cursos de CBVE em 1983.

Após a sugestão proposta pela OPAS, para avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica, é publicado um estudo desenvolvido por Nogueira e colaboradores em 1998 intitulado: “Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Sarampo nos Estados de São Paulo e Bahia. O estudo envolveu componentes qualitativos e quantitativos para avaliar a qualidade da vigilância epidemiológica.

2.2 AVALIAÇÃO: CONCEITOS, OBJETIVOS E ABORDAGENS

No âmbito acadêmico, o tema Avaliação de Serviços, bem como o de modelos de avaliação, têm sido bastante discutidos como possibilidade de articulação entre o Serviço e a Academia (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1995; Hartz & Camacho, 1996).

Para Cotrandiopoulos (1997), o limite entre a avaliação e a pesquisa científica existe. Para ele a avaliação administrativa não faz parte da área da pesquisa e as pesquisas disciplinares não visam avaliar, mas, aprofundar conhecimento sobre aquela área. Ambas se encontram através da pesquisa avaliativa. Ainda segundo o autor, a pesquisa avaliativa é um tipo de avaliação elaborada a partir de um conhecimento científico. Quando a avaliação resulta da aplicação de critérios e normas é denominada de avaliação normativa.

Hartz & Camacho (1996) consideram a valoração a essência da avaliação de programas, até mais importante do que a metodologia. Para Nemes (2001), muitos estudos ditos avaliativos no Brasil na verdade não são, pois não chegam a emanar um juízo de valor. Para ela, avaliar implica julgamento de valor e deve se basear em normas, parâmetros e padrões que descrevem a “boa prática” dos profissionais. O importante é que: “uma boa avaliação deve julgar” e uma “boa” mas, “completa avaliação” deve explicar. E explicar é atributo da investigação científica, sendo necessária uma pesquisa. A avaliação da qualidade na atenção a saúde reconhece-se que não é tarefa tão simples, pois já se sabe que a qualidade tem muitas facetas e o termo é empregado de diferentes maneiras (Cabral, 2000).

Para Vuori (1991) o termo qualidade inclui sete características desejáveis como: efetividade, eficácia, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.

Para Donabedian (1994) existem 7 pilares na avaliação da qualidade: **eficácia, efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade e equidade.**

Hartz (1997), no entanto, pondera que é impossível avaliar, exaustivamente, em todas as dimensões possíveis, a qualidade de uma intervenção em saúde, e exige-se deste maneira uma cuidadosa seleção de unidades de análise.

Donabedian desde 1988 desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultados. Estes três conceitos são classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output. Para ele, Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se portanto aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços (Donabedian, 1988). Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis, quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros (Cabral, 2000).

Para Vuori (1991) a abordagem estrutural fundamenta-se em que “boas pré condições têm maior possibilidade de produzir um processo adequado de cuidados e um resultado favorável do que pré condições precárias”.

A avaliação de estrutura é entendida por Contandriopoulos et al. (1997) como componente da avaliação normativa: “trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Ainda segundo o autor, fazendo parte da avaliação normativa encontra-se a avaliação do processo com o objetivo de identificar “ em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados”.

Para Donabedian (1988), Processo abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. É sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. Por isso, é do processo de onde se retiram as bases para a valoração da qualidade.

Segundo Vuori, (1991) o embasamento da abordagem de processo está no fato de considerar que: “se todos fazem aquilo que à luz do conhecimento corrente é considerado correto, é mais provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for seguido”.

Já em se tratando de resultados, Contandriopoulos et al. (1997) refere que esta avaliação “consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a

atingir”. Integra também a avaliação normativa a apreciação dos resultados. Para Donabedian (1988) ao Resultado corresponde o produto final da intervenção prestada.

Finalmente para Vuori (1991), o fundamento da abordagem de resultado passa pelo desenvolvimento de indicadores do nível de saúde e pela medida de satisfação do paciente. E ainda para ele, os três tipos de abordagem para avaliação da qualidade (estrutura, processo e resultado) são possíveis devido à probabilidade de que a melhoria em um influencie a melhoria do outro, com um encadeamento (Vuori, 1991).

Donabedian (1988) considera que o melhor é sempre incluir em qualquer Sistema de Avaliação, variáveis representativas do 3 elementos: estrutura, processo e resultados. Nemes (2001) chama estas avaliações de Donabedianas.

Para César & Tanaka (1996), a abordagem preconizada por Donabedian, com enfoque sistêmico, tem sido amplamente utilizada no nível administrativo. No entanto Nemes (2001), pondera que as avaliações Donabedianas têm sido utilizadas como uma fórmula para se avaliar tudo. A autora alerta que para que esta “fórmula” dê certo, os indicadores de estrutura, processo e resultado, devem estabelecer uma relação ou associação entre si, de caráter causal aceitável.

Num processo de avaliação Akerman e Nadanovsk (1992) refere que os objetivos em questão devem ser escolhidos e claramente explicitados, estando a estratégia de avaliação associada a estas escolhas.

Resgatando o sentido da valoração num processo avaliativo César & Tanaka (1996) destacam que: *“não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para a avaliação, e sim uma composição de métodos e instrumentos organizados de forma a se atingir o objetivo de emitir um juízo de valor em relação ao objeto ou sujeito social avaliado”*

Para Nemes (2001), mais oportuno numa avaliação é responder as seguintes perguntas: para quê avaliar? O quê avaliar? Se é possível avaliar e, Como avaliar?

Nemes (2001) defende que avaliar depende do objetivo e do objeto da avaliação. O objetivo depende muito do nível da intervenção que se quer avaliar. O nível diz respeito a um projeto, a um programa formado por conjuntos de projetos, ou uma política nacional de saúde. Isto determina o foco da avaliação, e assim, o método. Pode-se até serem exigidas abordagens quantitativas e qualitativas.

César & Tanaka (1996) salientam que além do objetivo da avaliação, é importante definir o que será feito com o juízo de valor emitido nesse processo, pois os resultados podem ser usados para diversos fins e afetar diversos atores.

Em tratando-se de atores, ao se falar em avaliação não se pode deixar de falar naqueles que estão envolvidos numa intervenção e que têm seus próprios objetivos em relação à intervenção e à própria avaliação (Contradiopoulos et al., 1997).

Segundo Contradiopoulos et al. (1997), em se tratando de atores, os objetivos de uma avaliação são numerosos e há um classificação que os dividem em oficiais e oficiosos. Dentre os oficiais constam: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo) ou contribuir para o processo dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental).

Ainda segundo o autor, os oficiosos, que estão muitas vezes implícitos, vão desde os objetivos de obter benefícios com serviços diferentes, como no caso dos usuários, a atrasar uma decisão por parte do gestor, ampliar o poder o controle que o gestor exerce sobre uma intervenção, obter uma promoção por parte do avaliador ou simplesmente satisfazer as exigências dos organismos de financiamento.

Para Contradiopoulos et al.(1997), como uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação(normativa e avaliativa), podemos buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação às normas e critérios, fazendo uma avaliação normativa ou podemos examinar por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção numa pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa geralmente incorpora indicadores de estrutura, processo e resultado, estando associada à garantia da qualidade (Contrandipoulos et al., 1997). Já a pesquisa avaliativa permite o julgamento sobre seis tipos de análise: “pertinência, intervenção, produtividade, efeitos, rendimentos e a Implantação (Contradiopoulos et al., 1997). As definições encontram-se no Quadro 12.

Quadro 12. As seis possibilidades de análise de uma pesquisa avaliativa

Tipos	Foco
Pertinência	Adequação entre a intervenção e a situação problemática que deu origem à mesma
Intervenção	Relação entre os objetivos propostos e os meios empregados. Investigação sobre a adequação entre a teoria aplicada a resolução do problema e se os recursos são suficientes
Produtividade	Investigação sobre a possibilidade de produzir mais serviços com os mesmos recursos; e se poderíamos produzir a mesma quantidade de serviço com menos recursos.
Efeitos	A eficácia do serviço sobre a saúde d
Rendimentos	A eficiência. Se os recursos empregados estão produzindo os efeitos
Implantação	Variação no grau de implantação

Fonte: Conrandiopoulos et al., 1997.

Em se tratando de implantação, esta pode ser entendida como o um uso apropriado e suficientemente intensivo da intervenção (Scheirer & Rezmovic, 1983 apud Denis & Chamagne, 1997). Refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção.

Por intervenção podemos entender uma técnica, um tratamento, uma prática, um serviço, um programa, uma organização ou uma política. E que a mesma como afirma Cabral (2000) é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos), organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com objetivo de modificar uma situação problemática. É caracterizada dessa forma por cinco componentes: Objetivos, recursos, serviços (bem e atividades), efeitos e o contexto. Recursos de uma intervenção pode ser conformações físicas, disponibilidade de insumos básicos e de recursos humanos, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes (Cabral, 2000).

A pesquisa sobre a implantação visa medir a influência que pode haver na variação do grau de implantação de uma intervenção, no seus efeitos, apreciando a influência do ambiente, do contexto no qual a intervenção está implantada (Denis & Champagne, 1997). Segundo estes autores a análise de implantação destina-se aos determinantes e à influência da variação na implantação nos efeitos trazidos e apontam ainda que a análise da implantação possui 3 componentes: os determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções, as variações

da implantação na sua eficácia e a interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos. Por grau de implantação eles certificam que corresponde “a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados, do programa, na produção dos efeitos”.

Para Hartz & Camacho (1996) a análise da implantação se distingue das abordagens avaliativas descritivas pelo fato de permitir estabelecer como a variação no grau de implantação (avaliação da estrutura e processo) atua sobre os efeitos da intervenção e como interagem as variáveis contextuais. Para eles, quando a avaliação é contemplada nos cursos de epidemiologia, ela se restringe a análise dos impactos. Mas é necessário que a avaliação não omita problemas metodológicos e operacionais implicados na implementação da intervenção, cujo grau de implantação é condição indispensável para a validade sobre o julgamento dos impactos.

Para Hartz et al.(1997): “A importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo. A validade diz respeito à intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes, e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua “natureza”(componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados”.

Para realizarmos uma análise da implantação devemos então: especificar a priori os componentes da intervenção; as práticas requeridas para a implantação da intervenção; as práticas correntes em nível das áreas envolvidas e analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais (Leithwood & Montgomery, 1980 apud Denis & Champagne, 1997).

Existem alguns modelos para realizarmos a análise do contexto: Racional, desenvolvimento organizacional, psicológico, estrutural e político contingente. Este último tem sido bastante utilizado. A sua concepção baseia-se na análise das organizações, onde esta é percebida como uma arena política no interior do qual os atores perseguem as estratégias diferentes, apoiando ou não uma intervenção, se perceberem nela um atualização de suas estratégias (Denis & Champagne, 1997). Mais uma vez, os atores interferem no grau de implantação, que não pode deixar de fazer parte de uma análise de implantação (Denis e Champagne, 1997)

Segundo Yin (1989) apud Contrandiopoulos et al. (1997) para analisar a implantação de um programa são utilizados principalmente os estudos de casos.

2.3 CONSTRUINDO OS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS À AVALIAÇÃO

Com o intuito de embasar a proposta de uma avaliação do grau de implantação, é importante a reflexão sobre instrumentos necessários à mesma como as escalas, os indicadores, o questionário, a entrevista e a observação. Entre outros instrumentos utilizados para avaliação estão as escalas. A Organização Panamericana de Saúde & a Organização Mundial de Saúde (2002) referem que são várias as alternativas para a criação de escalas de pontuação em qualidade, de diferente nível de complexidade. Algumas delas partem de análise claramente descritivas e simples baseadas no cumprimento ou não de padrões de qualidade; outras, em modelos variados através de provas estatísticas e outras de modelos que atribuem ponderações tomando com o referência procedimentos estatísticas complexos como a análise fatorial; outras a emissão de juízo de valor de indivíduos peritos no assunto (experts-experiência e conhecimento na área) que realizam consensos democráticos (Organização Panamericana de Saúde & a Organização Mundial de Saúde, 2002).

Cabral (2000) usa um checklist considerando certas práticas como padrão a fim de estabelecer referência para avaliar a qualidade da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição do Recife.

Além das escalas e checklists, a utilização de indicadores nos processo avaliativos possui uma literatura já bastante extensa. Hoje já se sabe que a escolha dos indicadores certos é um dos momentos mais difíceis no processo de elaboração de uma proposta de avaliação merecendo um aprofundamento sobre o tema, poi como afirma Nemes (2001) *“ao passo que a formulação de hipóteses é o passo mais difícil, porém o mais criativo na pesquisa científica, o passo mais difícil da avaliação é o da formulação dos indicadores”*.

É importante perceber que como o conceito de avaliação são diversos, os conceitos sobre indicadores também o são. Ferreira (2001), seguindo as idéias de Matus (1993), concorda que o homem ao fazer distinção, faz ao mesmo tempo indicação e assim, indicam-se problemas, explicações, respostas; motivadas não apenas com o propósito de conhecer, mas a indicação é feita com o propósito de fazer uma leitura do mundo para agir sobre ele.

Neste contexto, o indicador é uma representação numérica ou não que, a partir da importância que damos a determinados eventos e considerando nossas referências e critérios, nos permite produzir informações com vista a elaborar um

conhecimento quantitativo ou qualitativo sobre uma situação para agir e transformar a realidade.

Para Bittar(2001), um indicador, no contexto da avaliação, apesar de não ser uma medida direta da qualidade, é uma unidade de medida de uma atividade. É uma chamada que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados, dentro de uma organização de saúde, que podem medir aspectos qualitativos e quantitativos relativos a estrutura, processo e resultado.

A Organização Pan-americana de Saúde & a Organização Mundial de Saúde (2002), consideram que no caso de programas de garantia de qualidade, os indicadores permitem dispor de informações necessárias para medir a qualidade e produtividade dos serviços, evidenciar sucessos e retrocessos, tomar decisões oportunas, encontrar áreas suscetíveis de melhora e, além disso, proporcionar elementos para o fortalecimento reorientação do programa.

Para Januzi (2002) os indicadores de saúde são um dos tipos de indicadores sociais. O aparecimento e desenvolvimento dos indicadores sociais estão diretamente relacionados com a consolidação das atividades de planejamento do setor público ao longo do século XX.

Do mesmo modo que Bittar (2001), a Organização Pan-americana de Saúde & a Organização Mundial de Saúde (2002) consideram os indicadores como elementos de utilidade em gestão para medir os padrões de estrutura, processo e resultado. Para elas, os indicadores são variáveis que medem diferentes aspectos de um programa. Podem ser do tipo qualitativo e quantitativo e são de utilidade no acompanhamento e avaliação de programas. Consideram o indicador como expressão da medição de um padrão de qualidade.

Para Nemes (2001), no que diz respeito às informações sobre o impacto e a efetividade das ações de saúde pelo sistema da saúde, os indicadores de saúde podem ser distribuídos em 3 categorias: eficiência, eficácia e efetividade da situação de saúde. Contrandiopoulos et al. (1997) agregas estas 3 categorias sob a denominação de análise dos efeitos de uma intervenção.

Assim como Nemes (2001), Januzi (2002) reconhece o sistema de classificação de indicadores na avaliação de políticas públicas: indicadores para avaliação da eficiência dos meios e recursos empregados; para avaliação da eficácia no cumprimento das metas e indicadores para avaliação da efetividade social do programa

Segundo Carley (1985) apud Januzi (2001), os indicadores podem ser classificados em: Indicadores de recurso (Indicador-insumo) de disponibilidade recursos humanos, financeiros ou equipamentos alocados para um processo ou programa que afetam umas das dimensões da realidade social. Ex.: número de leitos hospitalares por mil habitantes (ou *inputs indicators*, às vezes chamados de esforços).

Indicadores processo (fluxo) se relacionam à medida quantitativa do esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros (indicadores insumo) para obtenção de melhorias efetivas de bem-estar (indicadores-produto). Como exemplo: número de consultas/mês. Também são conhecidos como *throughput indicators* (ou de esforço). O indicador produto refere-se aos resultados efetivos das políticas implementadas: esperança de vida ao nascer (às vezes chamado de indicadores de resultados ou *output indicators*) (Carley, 1985 apud Januzzi, 2001).

Tais denominações fazem com que os indicadores se relacionam do seguinte modo (Januzi, 2002): Indicador de eficiência com indicador insumo e processo e Indicador de efetividade social e eficácia com indicador produto.

Todavia diferentemente de Carley (1985), Ander Egg e Idanéz (1997) conceituam o indicador produto não como um efeito final do resultado de uma intervenção (alcance do objetivo), mas como um resultado inicial referente à meta estabelecida para consecução do objetivo. Por exemplo: para Carley, o número de consultas habitante /ano é um indicador processo; assim como seria saber que 150 profissionais foram capacitados em algum aspecto da intervenção. No entanto, para Ander Egg e Idanéz o número de consultas habitantes ano (ou os 150 profissionais capacitados) relacionam-se a meta de oferecer uma proporção de consultas à população, sendo este um indicador produto, referente à meta estabelecida no primeiro nível de resultado. Este resultado inicial leva a um efeito final medido através do indicador de efeito chamado de **impacto**. Na classificação de Ander Egg e Idanéz não existe o indicador processo, mas o acompanhamento da própria meta. Ainda para os autores citando Cohen e Franco (1988) o indicador é a unidade que permite medir o alcance da meta de um projeto.

Para Testa (1995), Pereira (1999), Rouquayrol (1999) existem os indicadores de saúde que servem tanto para diagnóstico das condições de saúde (Testa) quanto para avaliação do resultado ou de impacto, que são chamados de indicadores de saúde, geralmente expressos em formas de coeficientes ou taxas

para permitirem comparações. São eles: os coeficientes de mortalidade e morbidade, as medidas de incidência e prevalência. A qualidade de vida, bem-estar e o restabelecimento funcional são indicadores considerados de resultado ou de impacto.

O grau de satisfação do usuário é geralmente considerada um indicador de resultado (Silva e Formigli, 1994), Pereira (1999), Almeida (2001).

O quadro 13. sintetiza alguns conceitos e reflete a diversidade de nomenclaturas e conceitos em torno dos termos avaliação e indicadores de avaliação.

Quadro 13. Objeto da avaliação e tipos de indicadores relacionados a cada uma delas.

Tipo de avaliação	Tipos de Indicadores	Referencial teórico
Avaliação de Políticas sociais	Indicador insumo (indicador recurso; <i>inputs indicators</i>).	Carley (1985)
Avaliação do esforço operacional da alocação dos recursos das Políticas sociais	Indicador processo fluxo, <i>throughput indicators</i>	Carley (1985)
Avaliação dos resultados efetivos das políticas implementadas	Indicador produto (<i>outcome ou output indicators</i>)	Carley (1985)
Avaliação da dimensão social em um momento específico	Indicador estoque	Carley (1985)
Avaliação da mudança em dois momentos específicos	Indicadores de performance ou fluxo	Carley (1985)
Avaliação geral do bem-estar, condição de vida ou nível sócio-econômico para <i>ranking</i> de prioridades das ações políticas	Indicadores sintéticos (IDH, ICV)	Januzzi, 2001
Avaliação de Programas sociais	Indicadores de Eficiência dos meios empregados Indicadores de Eficácia no cumprimento das metas Indicadores de Efetividade social (efeitos) bem estar da sociedade	Nep/Unicamp 1999
Avaliação do Esforço dispendido na implementação de programas das Políticas na área de Saúde	Indicadores de insumo (dotação de recursos) Indicadores de processo (como estão sendo gastos)	Januzzi (2001)
Avaliação dos resultados dos programas implementados	Indicadores produto para medir a eficácia no cumprimento das metas e a efetividade social das soluções sugeridas	Januzzi (2001)
Avaliação do Impacto e de efetividade de programas	Eficácia, eficiência e efetividade	Nemes (2001)
Qualquer avaliação em saúde, incluindo qualidade da assistência	Mínimo: Estrutura, Processo, Resultado	Donabedian (1988)
Avaliação da qualidade da assistência	Estrutura, Processo, Resultado	OPAS e OMS Bittar (2001)
	Traçadores	Huntley (1960) Kessner (1976) Feinstein (1985) Hartz (1995)
	Eventos sentinelas (indicadores negativos)	Rustein (1976) Hartz (1985)

Avaliação de resultado da qualidade da assistência na área da saúde	Satisfação do usuário Níveis de saúde/ doença: Indicadores de saúde (coeficientes de mortalidade, Índice de Qualidade de vida Morbidade, Estado funcional, Estado de Saúde, capacidade para o trabalho, complicações	Pereira (1996)
Avaliar Efeito de uma intervenção	Eficiência, Eficácia e Efetividade	Conrandiopoulos, 1997
Avaliação normativa de uma intervenção	Estrutura, Processo e Resultado	Conrandiopoulos (1997)
Avaliação normativa de uma intervenção para estimar o seu grau de implantação	Estrutura e Processo	Hartz e Camacho (1996)
Pesquisa avaliativa para avaliar a implantação de uma intervenção	Resultados ou efeito	Denis e Champagne (1997)
Avaliação do Impacto das medidas de saúde pública	Eficácia (resultado benéfico em situações ideais de laboratório) Efetividade (resultado realmente verificado em situações reais) Eficiência (questão economica)	Pereira, 1999
Avaliação de Projetos	Alcance das metas	Ander- Egg e Idanez (1997)
Avaliação de Recursos utilizados num projeto	Indicadores insumo	Ander- Egg e Idanez (1997)
Avaliação da obtenção dos produtos do projeto	Indicadores produto	Ander- Egg e Idanez (1997)
Alcance dos objetivos de um projeto	Indicadores efeito	Ander- Egg e Idanez (1997)
Alcance da finalidade de um projeto	Indicadores de impacto	Ander- Egg e Idanez (1997)
Em situações que não encontramos indicadores que nos permitam medir diretamente aquilo que desejamos	Indicadores indiretos ou de substituição	Ander- Egg e Idanez (1997)
Avaliar estado de saúde e situação diagnóstica.	Indicadores estratégicos: indicadores tradicionais relacionados a um bairro, classe social, faixa etária Indicadores tradicionais: Taxas: magnitude, quantidade, dimensão temporal e a velocidade com que se está acontecendo um fenômeno. Proporção: composição do fenômeno, sua qualidade.	Testa (1985) Rouquayrol (1999) Pereira (1999)

No âmbito do SUS ,o Ministério da Saúde considera o Indicador de saúde como “um reflexo imperfeito de uma realidade dificilmente observável”. A relação entre o indicador e fenômeno real que se quer conhecer é definida em termos de probabilidade e não de certeza. Daí a necessidade de bastante cuidado na utilização de indicadores de saúde (Brasil, 2002 anexo do pacto).

Januzzi (2002), destaca que apesar de redundante, é importante assinalar que o indicador apenas indica. Por exemplo, quando se avaliam as mudanças nas condições de vida após implementação de políticas públicas não se quer dizer que não houve eventuais avanços ou retrocessos; variáveis que não estão expressa num indicador podem explicar alterações imperceptíveis com a sua utilização.

Para Bittar (2001), atualmente estão sendo usados indicadores para eventos sentinelas como mais um instrumento na avaliação. Estes medem o quanto é sério, indesejável, e, o quanto pode ser evitado um mal resultado na assistência em saúde.

2.3.1 OS INDICADORES SENTINELAS E OS TRAÇADORES

Os indicadores sentinelas são conhecidos como indicadores negativos ou eventos sentinelas. Rustein (1976) ao elaborar uma lista de doenças preveníveis ou evitáveis, sugere que para mediar a qualidade de serviços de saúde sejam os mesmos sejam utilizados. Considera os eventos sentinelas como sendo indicadores de vigilância epidemiológica que representam condições evitáveis, relacionadas à qualidade da assistência em saúde. Estes ao surgirem pedem investigações em áreas geográficas locais e em hospitais individuais.

Hartz (1999), concordando com Rustein (1976), afirma que os eventos sentinelas são indicadores negativos capazes de monitorar o efeito e a qualidade dos serviços de saúde.

Os eventos sentinelas são doenças evitáveis, incapacidades evitáveis e mortes evitáveis. As causas evitáveis têm sido utilizadas como indicadores negativos da qualidade. A ocorrência de eventos sentinelas são sinais de que a qualidade precisa ser melhorada (Rustein, 1976). Para Nemes (2001) são problemas evitáveis no serviços de saúde: um paciente sem os exames rotineiros prescritos pelo programa.

No âmbito da avaliação, reconhecendo que as atividades oferecidas pelos serviços eram inúmeras, Feinstein (1985) propôs que a avaliação fosse direcionada a um foco de monitoramento e se restringisse a episódios considerados representativos através de traçadores.

Para Hartz (1995), os traçadores pretendem pautar a escolha de episódios representativos face a multiplicidade dos componentes do programas, visto que *uma única medida não reflete a qualidade da assistência, as várias medidas devem refletir enquanto “traçadores”, “as características gerais do modo de prática desejável da assistência oferecida”*

Para Kessner (1976) o uso de traçadores para avaliar serviços de saúde não é novo. Em 1960 já existiam estudos como os de Huntley et al. O conceito de traçadores advém de ciências naturais sendo um dos exemplos o uso de traçadores radioativos para analisar o uso do iodo pela tireóide. Para usar traçadores na avaliação de serviços de saúde, eles precisam identificar problemas de saúde específicos como foco da avaliação. Para ele, os traçadores podem medir tanto processo quanto resultado que consideramos importantes.

O uso de traçadores é considerado por Hartz (1995) um fator positivo por assemelhar-se as pressupostos de Donabedian na realização de avaliação ao considerar o processo e resultado como indispensáveis numa avaliação.

Hartz (1995), numa análise dos centros de saúde brasileiros, utilizou os casos de diarreia e das infecções respiratórias agudas, por representarem as principais causas de mortalidade infantil e de consultas médicas do Nordeste, como eventos sentinela. O óbito infantil, com condição traçadora.

Ainda segundo a autora, os critérios para escolha dos traçadores devem ser formalizados. Também deve-se evitar a rigidez, seguindo princípios: como necessidade do mesmo refletir a qualidade mínima da atenção, levando em consideração a falta de equipamentos diagnósticos sofisticados para o êxito da intervenção.

2.3.2 INDICADORES E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No que se refere a Vigilância epidemiológica Fossaert (1974) define indicadores para avaliação das atividades de controle das enfermidades e da VE. Já a proposta da OPAS para avaliação do Sistema da Qualidade de Vigilância epidemiológica é reproduzida por autores como Perez & Gaze (2002), Risi Júnior &

Teixeira (1999), Teixeira e Vilas Boas (1998) e consta de critérios como: Utilidade, oportunidade, aceitabilidades, simplicidade, flexibilidade, representatividade, sensibilidade e valor preditivo positivo conforme quadro 14 a seguir:

Quadro 14. Indicadores estabelecidos pela Organização Pan-americana de Saúde para avaliação dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica

Representatividade	A possibilidade de o sistema identificar todos os subgrupos da população onde ocorrem os casos
Oportunidade	Refere-se a agilidade do fluxo do sistema de informações
Simplicidade	Princípio para facilitar a operacionalização e diminuir os custos
Flexibilidade	Capacidade de adaptação a novas situações epidemiológicas ou operacionais com pequenos custos adicionais
Utilidade	Expressa se o sistema está alcançando seus objetivos
Aceitabilidade	A interação do sistema com os órgãos da saúde e sociedade em geral através da participação utilização do sistema pelos indivíduos, profissionais ou organizações
Sensibilidade	Capacidade do sistema de os verdadeiros casos do evento adverso à saúde
Valor Preditivo Positivo	A proporção de indivíduos identificados como casos pelo sistema e que de fato o são.

Ainda em relação a vigilância epidemiológica, a Funasa em 2000 publica uma avaliação baseada na seleção de indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica e ambiental (Fundação Nacional de Saúde, 2000).

2.3.3 A SELEÇÃO DE INDICADORES

A quantidade de indicadores hoje é imensa e precisam ser selecionados (Organização Panamericana de Saúde & Organização Mundial de Saúde, 2002). A seleção de indicadores é uma tarefa difícil e delicada pois não existe uma teoria formal. Tem que se garantir que exista de fato a relação entre o conceito(indicando) e os indicadores propostos (Januzzi, 2002).

Para Hartz, o problema da escolha dos indicadores é medir bem as boas e as mesmas coisas para assegurar a comparabilidade dos resultados (Hartz, 1999)

Nemes (2001) considera um dos grandes erros nas escolhas dos indicadores selecionar aqueles mais fáceis de serem obtidos, mas que dizem pouco acerca do valor da intervenção.

Outro erro é a excessiva abrangência do foco querendo-se avaliar tudo, quando apenas se soma uma grande quantidade de indicadores sem que haja relação entre eles, por exemplo: somando indicadores de estrutura em relação a de processos; ou quando centramos o foco nos indicadores de resultados; ou quando centramos o foco da avaliação apenas nos de processo (Nemes, 2001).

Alguns critérios para escolha de indicadores são elencados pela OMS (1996) apud Januzzi (2002). São eles:

- Ter um grau de cobertura populacional adequado aos propósitos a que se presta;
- Ser sensível a políticas públicas implementadas
- Ser específico a efeitos de programas setoriais
- Ser inteligível para os agentes e públicos alvos das políticas
- Ser atualizável periodicamente, a custos razoáveis
- Ser amplamente desagregável em termos geográficos, sócio-demográficos e sócio-econômicos
- Gozar de certa historicidade para possibilitar comparações no tempo.

Januzzi (2002) sugere que apesar de não conseguirmos agregar todas estas qualidades num indicador, a escolha dos mesmos deve se basear em perguntas que buscamos responder e no tipo de decisão que desejamos apoiar.

Para análise do grau de implantação alguns indicadores são construídos para apontar em números proporcionais ou inteiros, de forma ponderada ou não, o grau de implantação da intervenção que se quer estimar considerando, no mínimo, variáveis associadas às dimensões de estrutura e processo.

Num estudo avaliativo referente ao processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) em Pernambuco, Felisberto (2001) utiliza dois métodos distintos dentro de uma avaliação normativa. Desenvolve um sistema de escores a partir da análise documental dos dados coletados nos instrumentos oficiais normatizados pelo ministério da saúde. Estabelece um mecanismo de pontuação que possibilitou a classificação em 3 graus de implantação: crítico, aceitável e insatisfatório. O segundo método foi a utilização de indicadores de processo normatizados pela própria estratégia do AIDIPI.

Neste mesmo período, Frias (2001) em sua dissertação de mestrado constrói um indicador sintético para avaliar o grau de implantação do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) em dois municípios de Pernambuco com

semelhantes condições de vida, num estudo para análise da implantação do referido projeto.

Para construção do indicador, o autor selecionou os principais componentes do projeto através da análise documental das publicações do Ministério da Saúde, das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde. Ele percebeu que para alguns componentes existiam um conjunto de ações e estas, um conjunto de atividades, normatizadas, mas existiam outras ações que estavam implícitas a alguns componentes.

Para cada componente ele atribui pesos específicos associado a cada estágio alcançado pelos seus componentes nos municípios. Desse modo, atribuiu 2 pontos para os componentes com ações implantadas, 1 ponto para ações parcialmente implantadas e nenhum ponto para ações não implantadas. O grau de implantação foi obtido pelo somatório dos valores encontrados para cada um dos componentes. A partir do escore alcançado, o grau de implantação do PRMI, como um todo, foi classificado em 4 categorias: satisfatório: escores entre 15 e 18 pontos; aceitável: escores entre 11 e 14 pontos; regular entre 7 e 10 pontos e crítico: escores menores ou igual a 6.

Ainda no mesmo período, especificamente sobre a vigilância epidemiológica, um estudo é realizado por Mendes (2001), na avaliação da implantação dos Núcleos Hospitalares da Vigilância Epidemiológica. Neste estudo a autora utiliza a abordagem qualitativa numa pesquisa constituída por uma avaliação normativa em seus componentes de estrutura e processo e de uma pesquisa qualitativa que procurou definir os determinantes contextuais do grau de implantação. Para tanto, Mendes (2001) constrói um sistema de escores baseado na situação de recursos físicos, materiais e humanos, práticas operacionais, atividades de ensino e pesquisa, e gestão dos núcleos, para realizar a avaliação, identificando variáveis associadas a cada componente, atribuindo uma pontuação específica a cada variável, e ao final atribuindo um peso a cada componente.

A autora citada ainda utilizou, como limites para classificação do grau de implantação, os parâmetros propostos pela Organização Mundial de Saúde de 1987 para estabelecer condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infanti: nível satisfatório (80-100%); aceitável (70-79%); Insatisfatório (50-69%) e Crítico (<50%).

2.3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADAS NA PESQUISA AVALIATIVA

Ainda no sentido de refletir sobre a escolha dos instrumentos que irão compor a proposta de avaliação do grau de implantação das ações de vigilância epidemiológica, tornar-se importante a sistematização de alguns concepções sobre o uso de técnicas e instrumentos da pesquisa avaliativa.

No que abrange os métodos e técnicas para a pesquisa avaliativa Aguilár e Ander-Egg (1994:23) apud Deslands (1997) afirmam que: "a pesquisa avaliativa não possui métodos e técnicas próprios; ela utiliza os mesmos métodos e técnicas da pesquisa social". Em se tratando de pesquisa social Richardson (2001) considera a existência de diversos instrumentos de coleta de dados. Estes podem ser utilizados para podermos obter as informações que desejamos em grupos sociais, sendo o questionário (também conhecido como entrevista estruturada), o tipo mais comum.

Tanto os questionários e as entrevistas são meios que podem ser utilizados tanto na pesquisa quantitativa quanto na pesquisa qualitativa (Trivinos, 1987). O questionário deve conter (Chiozzotti, 1998) estrutura lógica e ainda: ser progressivo (parte do simples para o complexo), ser preciso (uma questão por vez) e coerentemente articulado (as questões centrais ou "filtros" eliminam as questões devidas), e que questões e subquestões componham um todo lógico e ordenado (unidades das partes). Deve possuir linguagem com palavras simples, usuais, exatas e facilmente inteligíveis. Geralmente são testados, respondidos por informantes presumíveis.

Um questionário pode ter 1, 2, 3 ou até mais de 100 páginas, a depender da problemática em questão. Não existem normas, cabe ao pesquisador determinar o seu tamanho, a natureza e o conteúdo do questionário, de acordo com o problema a ser pesquisado e respeitando o entrevistado como ser humano, que pode ter interesses divergentes ao do pesquisador (Richardson, 2001).

Nesse momento é muito importante lembrar do Consentimento Livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos, necessário em toda pesquisa antes que se processe a mesma ao envolver seres humanos. Segundo a resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, considerando o respeito devido à dignidade humana exige-se que toda pesquisa se processe após este termo quando os indivíduos ou sujeitos, quer por si ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Brasil, 1996b).

No que se refere a análise dos conteúdos trazidos pelos participantes das pesquisas com seres humanos, é necessário estarmos atentos para o fato de que um questionário força o investigado a escolher entre alternativas que podem não ajustar-se a sua maneira de pensar. Deste modo, ao realizarmos a análise das respostas estaremos refletindo nossa posição e não a do entrevistado. Há recomendações de que um questionário não ultrapasse uma hora de duração e aqueles questionários auto-aplicados, menos de 30 minutos (Richardson, 2001).

Já a diferença entre o uso da entrevista estruturada e a semi-estuturada está na dependência do conhecimento que temos acerca do assunto, da população a ser entrevista, das possíveis respostas que as pessoas possam dar e das questões mais relevantes sobre o tema (Richardson, 2001).

Todavia, quando não desejarmos impor nossa visão sobre o assunto, ou pressupormos que não conhecemos bem a população que será entrevistada, precisamos de uma estratégia diferente, mais flexível que não presente rigidez de formulação do questionário, a entrevista (Richardson, 2001).

Para Minayo (1999) a entrevista é a técnica mais usada no trabalho de campo de uma pesquisa qualitativa. Minayo (1994) refere que nas entrevistas não estruturadas (abertas) o informante aborda livremente o tema proposto. Há também as formas mistas, conhecidas como entrevista semi-estruturada.

Trivinos (1987) considera a entrevista semi-estruturada como um dos principais meios que nós temos para realizarmos nossa coleta de dados numa pesquisa qualitativa.

A construção dos Instrumentos da pesquisa qualitativa englobam a elaboração do roteiro de entrevista, a definição de critérios para a observação participantes e itens para a discussão de grupos focais, caso estejam planejados (Minayo, 1999)

Devemos perceber que o roteiro de entrevista é diferente do questionário e contém poucas questões. Serve para orientar um conversa com finalidade (entrevista) e vem a ser um facilitador da abertura, ampliação ou aprofundamento da comunicação (Minayo, 1994)

Minayo et al. (1999) ainda considera que a técnica de triangulação dos dados pode ser utilizada para compor uma pesquisa avaliativa. A triangulação consiste na observação, na entrevista e na análise documental.

Mendes, em seu estudo sobre o grau de implantação dos núcleos de vigilância epidemiológica, na pesquisa avaliativa utiliza além da técnica de entrevista

semi-estruturada com atores que compunham a cena enquanto gestores dos núcleos e DIRES, inclui também ex- gestores. Esta inclusão foi uma forma de reconstituir a história contextual, visando identificar fatores que favoreceram e dificultaram a implantação dos núcleos conjuntamente com o levantamento documental (Mendes, 2001).

CAPÍTULO 3

3.1- DEFINIÇÕES TEÓRICAS DESTACADAS NA PROPOSTA

A partir do que foi encontrado na revisão de literatura e tendo em vista a diversidade de conceitos e referenciais, baseamos a nossa proposta em alguns deles.

Quanto a avaliação, foi seguida a definição utilizada Contandriopoulos et al. (1997) onde: “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”

A vigilância epidemiológica foi considerada como instrumento de saúde pública, assim como o planejamento e a educação em saúde, entre outros, sendo considerada recurso para atingir o objetivo ampliado de oferecer assistência integral à saúde da população.

Entendemos ainda como finalidade da Vigilância epidemiológica

-Reduzir os níveis de morbidade e mortalidade, controlar e eliminar o agravo à saúde numa localidade

-Evitar a disseminação das doenças para áreas indenas

Seus objetivos, não são apenas a coleta e análise das informações, mas também a responsabilidade de elaborar as “bases técnicas que oferecem subsídios aos serviços de saúde, na elaboração e implementação dos programas de saúde da preocupação de seu contínuo aprimoramento”, bem como a agilização da identificação de problemas de maneira a propiciar o oportuno desencadeamento de ações preventivas e intervenções para seu controle (Waldman, 1998; Fundação Nacional de Saúde, 2002a).

Assim, o objetivo da VE foi considerado de o conhecer a cada momento do comportamento epidemiológico das doenças ou agravos que se apresentem como alvo das ações, para que as mediadas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia (Fundação Nacional de Saúde, 2002)

Os objetivos relacionados à Informação considerados foram: informar sobre a distribuição de doenças e agravos à saúde na população; informar o comportamento epidemiológico das doenças e agravos à saúde na população tanto em magnitude, quanto na detecção de tendências do evento ao passar do tempo, apontando variações geográfica dos casos e grupos mais afetados ou sob alto risco de adoecer.

Os objetivos da informação para a ação considerados foi o de recomendar ou iniciar oportunamente ações de prevenção e de controle.

Quanto aos objetivos relacionados à avaliação de medidas de saúde pública foi destacado o objetivo de realizar a avaliação do impacto de uma intervenção no que se refere à sua efetividade.

As atividades do sistema de VE no âmbito local foram consideradas uma intervenção. Três componentes desta intervenção foram considerados essenciais: Coleta de informação, a análise de dados e a disseminação das informações adequadamente analisadas.

Partindo da necessidade de se “especificar *a priori* os componentes da intervenção”, identificamos 9 Componentes da intervenção da Vigilância Epidemiológica, que foram: coleta de dados, monitoramento, confirmação diagnóstica, instituição de medidas de controle, processamento de dados, análise dos dados, divulgação das informações e educação em Saúde. Embora fazendo parte da coleta de dados optamos por destacar a prática pesquisa como mais um componente que agregou práticas relativas aos estudos epidemiológicos e avaliação de efetividade das medidas adotadas pela gestão.

A partir da identificação de cada componente, identificamos práticas de acordo com o referencial normativo encontrado que estão no esquema que se segue. Este esquema relaciona cada componente identificado com as respectivas práticas e ações contidas nos documentos oficiais existentes.

1) COMPONENTE: COLETA DE DADOS

A- PRÁTICA: NOTIFICAÇÃO

AÇÕES	
Notificação das 35 Doenças de Notificação compulsória	Portaria no. 1943 de 18/10/2001
NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADAS AO TRABALHO	Portaria 3.925 de 13 de novembro de 1998 (Organização da atenção básica)
Notificação de surtos e óbitos além das DNC	Portaria 1399/1999
Notificação de diarreias em crianças < de 2 anos; Notificação de diarreias em crianças < de 2 anos que tiveram diarreias e usaram TRO (Terapia de Reidratação Oral); Notificação de diarreias em crianças < de 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda; Notificação de todos os óbitos na área de abrangência do ACS; Notificação de todas as internações na área do ACS; Notificação de Pneumonia < 5 anos;	Publicação do MS/PACS/PSF (O Trabalho do ACS)

Notificação de Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos; Notificação de AVC (Acidente Vascular Cerebral); Notificação de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio); Notificação de DHEG (Doença Hipertensiva da Gravidez)(grave); Notificação de Doença Hemolítica perinatal; Notificação de Fratura de cólo de fêmur em > 50 anos; Notificação de Meningite tuberculose em < 5 anos; Notificação de Hanseníase com incapacidade II e III; Notificação de Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
---	--

B- PRÁTICA: BUSCA ATIVA

AÇÕES	
Busca ativa de Casos	CIT (Comissão Intergestores Tripartite, Doenças de Notificação Compulsória, Portaria 1.399/99)
Busca ativa de Sintomas respiratório- TB Busca ativa de Faltosos ao tratamento de TB; Busca ativa de Comunicantes de TB Busca ativa de Comunicantes de HANS Busca ativa de Sintomáticos dermatológicos Busca ativa de Hipertensão Busca ativa de Diabetes Mellitus Busca de crianças faltosas a vacinação	NOAS (Portaria No. 373 de 2002)
Busca ativa de Óbitos Busca ativa de Nascimentos	CIT (Comissão Intergestores Tripartite, e Portaria 1.399/99)
Busca ativa de em unidades de saúde Busca ativa de Em domicílios	CIT (Comissão Intergestores Tripartite, e Portaria 1.399/99)
Busca ativa de em cartórios Busca ativa de em instituições de ensino/creches Busca ativa em cemitérios	CIT (Comissão Intergestores Tripartite, e Portaria 1.399/99)
Busca ativa de em outros	CIT (Comissão Intergestores Tripartite, e Portaria 1.399/99)

C- PRÁTICA: INVESTIGAÇÃO

AÇÕES	
Investigação de Casos	CIT (Comissão Intergestores Tripartite e Portaria 1.399/99)
Investigação de Casos DNC : coleta de material e envio ao laboratório, diagnóstico clínico, identificação de comunicantes. Bloqueio vacinal ou quimioterápico; identificação de fatores ambientais (3925)	Portaria 1399; NOAS (Portaria 373/2002); Manual e atenção básica Portaria 3.925
Investigação de Óbitos	CIT (Comissão Intergestores Tripartite e Portaria 1.399/99)
Investigação de Surtos	Idem
Investigação de Agravo Inusitado	Idem
Investigação de Casos de Usuários da USF com fatores de risco para diabetes mellitus	NOAS ((Portaria 373/2002)
Investigação de Eventos adversos pós vacinais	CIT (Comissão Intergestores

	Tripartite e Portaria 1.399/99)
Investigação de Mortalidade infantil	Idem
Investigação de Mortalidade materna(1399)	Idem
Coleta para prevenção de câncer de colo uterino	NOAS ((Portaria 373/2002)
Coleta de material para diagnóstico	Portaria 1399/99 Portaria 3925/98

A6- PRÁTICAS: SISTEMA SENTINELAS

Unidades sentinelas selecionadas em funcionamento	Guia de VE
Grupos sentinelas selecionados e monitorados	Guia de VE
Áreas sentinelas selecionadas e monitoradas	Guia de VE

B) COMPONENTE: PROCESSAMENTO DOS DADOS

B PRÁTICA: ALIMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

AÇÕES	
Alimentação e envio dos dados do SINAN (1399)	GVE e Pacto de atenção básica
Alimentação e envio dos dados SIM(1399)	GVE e Pacto de atenção básica
c) Alimentação e envio dos dados SINASC(1399)	Portaria 1399/99 Pacto de atenção básica 2002
d) Alimentação e envio dos dados TB	NOAS ((Portaria 373/2002)
e) Alimentação e envio dos dados HANS	
f) Alimentação e envio dos dados HAS	
g) Alimentação e envio dos dados SISVAN	
h) Alimentação e envio dos dados PNI	

C) COMPONENTE ANÁLISE DOS DADOS

C PRÁTICA ANÁLISE DOS DADOS

AÇÕES	
Cálculo de frequências segundo a)Pessoa b)Lugar c)Tempo d)Causa	Guia de VE
Cálculo de indicadores a)incidência b) prevalência c)Proporções	Guia de VE

D) DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

D1. PRÁTICA: DISSEMINAÇÃO DADOS

AÇÕES	
Divulgação a quem possa interessar	Guia de VE
Elaboração de boletins impressos	Guia de VE
Elaboração de boletins em meio magnético	

D2. PRÁTICA: RETROALIMENTAÇÃO AOS NOTIFICANTES

AÇÕES	
Elaboração de boletins impressos	Guia de VE 1998

Elaboração de boletins em Meio magnético	CIT (Comissão Intergestores Tripartite)
--	--

**E) COMPONENTE: CONTROLE
PRÁTICAS: BLOQUEIO**

AÇÕES	
Quimioprofilaxia	(Portaria 3925/98) Guia de VE
Vacinação	Portaria 3925/98 Guia de VE

F) COMPONENTE: MONITORAMENTO

PRÁTICA F 1: MONITORAMENTO AGRAVOS

AÇÕES	
Monitoramento do Óbito Infantil	(CIT)
Monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil	373
Monitoramento da Desnutrição	NOAS ACS
Monitoramento do Óbito Materno (CIT)	CIT 1399

PRÁTICA F2: MONITORAMENTO DE GRUPOS

AÇÕES	
Gestantes	Manual ACS
Hipertensos	Manual ACS
Diabéticos	Manual ACS
Adolescentes	Manual ACS
Criança de risco	Manual ACS
Idosos	Manual ACS

G) COMPONENTE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

G1 PRÁTICAS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

AÇÕES	
Oficinas	GVE
Mobilização comunitária	GVE
Palestras	GVE
Campanhas	GVE

H) COMPONENTE PESQUISA

H1 PRÁTICAS: ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

AÇÕES	
Inquéritos epidemiológicos	GVE (Guia de Vigilância Epidemiológica)

Levantamentos epidemiológicos	GVE
-------------------------------	-----

H2 PRÁTICAS: AVALIAÇÃO

Avaliação da efetividade de programas	GVE
Articulação com centro de pesquisas e universidades	11ª Conferência Nacional de Saúde

Dessa forma, as ações referentes à prática de Coleta de dados incluíram: a notificação, a investigação, a busca ativa, e os sistemas sentinelas. As ações referentes à coleta de dados de Morbidade foram as notificações de casos e surtos, a utilização de informações de serviços de produção ambulatorial e hospitalar, as Investigações epidemiológicas e a Busca ativa de casos; os Estudos epidemiológicos, consideramos tanto os inquéritos epidemiológicos quanto levantamento epidemiológicos, os Sistemas Sentinelas no monitoramento de grupos alvos e eventos sentinelas, a coleta de dados sobre a mortalidade e a notificação de surtos e epidemias.

As ações para identificação dos dados de mortalidade foram identificadas como: a coleta das Declarações de óbito bem como coleta das Declarações de nascidos vivos também .

Quanto ao processamento de dados coletados estão inclusas as ações relativas ao processamento das fichas do SINAN, do SIM e SINASC. A existência de outros sistema de informações tornou-se relevante.

Quanto a prática análise e interpretação dos dados processados, elas requerem ações para a construção de gráficos, tabelas e mapas. As recomendações das medidas controles e a promoção das ações apropriadas referem-se à ações preventivas como vacinas e até a quimioprofilaxia. Não foram considerados como ações de controle no âmbito da VE para este estudo, o tratamento.

As ações de Avaliação da efetividade das medidas adotadas fizeram parte das ações de VE dentro da prática pesquisa, assim como os estudos epidemiológicos que foram remanejados da coleta de dados para este novo componente identificado.

Dentro do componente **Divulgação de informações pertinentes** encontramos as práticas (ações) relativas à disseminação dos dados e a retroalimentação aos notificantes.

3.2 INDICADORES DE PROCESSO E ESTRUTURA APONTADOS PARA A PROPOSTA.

A partir dos componentes e das ações identificados elencamos ações traçadoras e indicadores traçadores principalmente para as Doenças de Notificação compulsória associadas a estas práticas, baseado nos indicadores estabelecidos pela PPI-ECD e para avaliação da qualidade Funasa (2000).

Logo em seguida, baseado nas práticas destes componentes identificamos a estrutura necessária ao desenvolvimento das mesmas. Alguns itens referentes à estrutura necessária foram baseados nos questionários de supervisão dos municípios certificados para o desenvolvimento das ações de Epidemiologia e Controle de VE no Estado de Pernambuco (Anexo 4).

Na estrutura foram considerados: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a intervenção. O quadro 14 retrata a seleção.

Quadro 15. Componentes, Práticas requeridas, Ações traçadoras, Estrutura e Indicadores para avaliação da VE

Componentes	Práticas requeridas	Ações	Estrutura	Indicador/traçador
Coleta GVE 2002	1) Notificação 2) Busca ativa 3) Investigação 4) Sistemas sentinelas (GVE)	Notificar casos de paralisia flácidas agudas Notificação negativa de PFA Notificação negativa de sarampo Casos de DST Confirmação laboratorial de casos de meningite bacteriana Diagnóstico laboratorial de raiva humana Proporção de óbitos materno Investigados Investigar eventos adversos pós-vacinais Preencher campos da FII Realizar coleta de DN Realizar coleta de DO Proporção de óbitos por causas mal definidas (VIGISUS)	Guia de VE Xerox de FII Automóvel Computador Profissional capa citado Laboratórios Telefone, FAX, Internet... Sala	PPI: 1 caso por 100.000 hab em < de 15 anos; 80% das unidades notificantes realizando notificação negativa de PFA 1 caso de PFA por 100.000 hab. Investigação oportuna de Sarampo (em até 48 horas) Investigação oportuna de casos de DNC (em até 60 dias) 30% de casos de Meningite bacterianas investigados laboratorialmente 100% dos casos de raiva identificados laboratorialmente 100% dos casos notificados investigados de eventos adverso pv 80% dos casos investigados com todos os campos das FII preenchidos Proporção de causas mal definidas, com assistência médica , no total de óbitos registrados ≤ 5% bom; < 5% e ≥ 15% - regular;> 15% ruim Proporção de casos de hanseníase sem incapacidade física constatada 90% Óbitos captados pelo SIM (6,5 óbitos para cada 1.000 hab funasa) Nascidos Vivos captados (20 por 1.000 hab. funasa)
Processamento	Gestão dos Sistemas de Informações	Realizar processamento da DO; Realizar processamento da DN Avaliar óbitos captados em relação aos dados do SIAB Avaliar nascimentos captados em relação aos dados do SIAB	Ambiente Digitador Computadores Capacitação Softwaresa	Envio regular do dos dados (12 envios ao ano) Relação de NV do SINASC/ NV do SIAB <1 Relação de óbito do SIM/ óbito do SIAB <1 Envio regular do SINAN

Análise GVE	1) Cálculo de frequências segundo a) Pessoa b) Lugar c) Tempo d) Causa 2) Cálculo de indicadores 3) Construção a) quadros b) tabelas c) gráficos d) mapas Georreferenciamento	Elaboração de Mapas de áreas de risco construído Elaboração de Diagrama de controle construído	Profissional capacitado Computador Softwares (incluindo EPI INFO, TAB WIN, EXCEL).	Conhecimento do perfil epidemiológico das áreas de risco Dados georreferenciados Diagrama de controle construído Áreas de risco definidas
Disseminação GVE	Retroalimentação do sistema aos notificantes GVE Divulgação a quem possa interessar GVE Elaboração de boletins GVE, CIT Impressos (CIT) Meio magnético (CIT)	Boletins em meio impresso contendo dados do SIM, SINAN e SINASC Realizar retroalimentação aos notificantes	Computador Material de expediente (papel, tinta de impressora) Internet Profissional capacitado	Conhecimento do Perfil epidemiológico Unidades recebendo relatórios consolidados
Controle GVE CIT	Bloqueio Vacinal Quimioprofilaxia	Bloqueio vacinal Quimioprofilaxia	Vacina disponível Medicamento disponível (Rifampicina?)	Indicação de medidas de controle em tempo oportuno; (Controle, Eliminação ou Erradicação)
Monitoramento CIT 1399 NOAS	a) Definição de agravos b) Grupos de risco	Monitoramento de DDA Monitorar agravos não transmissíveis Monitorar mortalidade materna Monitorar óbito infantil	Pessoal Especializado Sistema de Informações específico para CD Comitê morte materna	Diminuição de óbitos infantis; Identificação de problemas na assistência ao parto; Surto de Diarreia Investigados Mapa de monitoramento de DDA preenchido Outros agravos não transmissíveis acompanhados
Pesquisa (GVE; Waldman, 1991)	1- Estudos epidemiológicos 2- Social 3- Avaliação 4- Articulação com órgãos de pesquisa	a) Inquéritos epidemiológicos b) Levantamentos epidemiológicos c) Articulação com órgãos de pesquisa d) 2) Análise de situação da Saúde	Pessoal especializado Material de coleta disponível Arquivos disponíveis	Definição de indicadores de resultados dos programas (efetividade dos programas) Indicadores de resultados dos programas da Secretaria Municipal de Saúde elencados.
Educação em Saúde (Mendes, 1995)	Oficinas Campanhas Mobilização comunitária	Projeto de educação em saúde em andamento contemplando: dengue Aconselhamento a pacientes de risco de DST/AIDS	RH Material de oficinas disponível ou recurso disponível para aquisição	Oficinas realizadas Proporção de pessoas do grupo de risco aconselhadas

3.3 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Finalmente o instrumento foi construído contendo 3 partes: uma parte relativa ao nível central, e distrital caso exista no município. Outra parte que correspondente às atividades de VE nas Unidades Básicas de Saúde e outra parte destinada avaliação do PSF. Cada parte possui variáveis e indicadores associadas às dimensões de estrutura e processo.

INÍVEL CENTRAL	
I –Estrutura	48
1- Equipamentos	8,25
1.1 Automóvel Até 20.000 hab (sem veículo) 20.000 a 60.000 hab (2 Veículos) 60.000 a 150.000 hab (3 Veículos) A partir de 150.000 hab (4 Veículos)	1.75
1.2 Computador exclusivo Até 40.000 hab (1 computador) 40.000 a 100.000 hab (2 computadores) 100.000 a 150.000 hab (3 Computadores) 150.000 a 300.000 hab (4 Computadores) a partir de 300.000 hab (5 Computadores)	2.0
1.3 Impressoras; Até 40.000 hab (1 impressora) 40.000 a 100.000 hab (2 impressoras) 100.000 a 150.000 hab (3 impressoras) 150.000 a 300.000 hab (4 impressoras) a partir de 300.000 hab (5 impressoras)	1
1.4 Telefone exclusivo (Até 20.000 hab. não precisa de telefone exclusivo)	1.5
1.5 FAX	1
1.6 Internet	1
2. Ambiente	5.5
2.1 Espaço próprio Até 40.000 hab (1 sala) 40.000 a 100.000 hab (2 salas) 100.000 a 300.000 hab (3 salas) A partir de 300.000 hab (4 salas)	4
2.2 Espaço compartilhado	1.5
2.3 Não tem	0
3. Material de Expediente	1.75
3.1 Papel	0,25
3.2 Tinta de impressora	0,25
3.3 Disquetes	0,25

3.4 Material ou recurso para desenvolvimento de oficinas de educação em saúde	1.0
4. Insumos;	7.5
4.1 Guia de VE	1
4.2 Ficha de Investigação Individual	1
4.3 Imunobiológicos disponíveis	1
4.4 Em condições satisfatórias de armazenamento	2
4.5 Medicamento disponível para endemias (Hans e Tb)	1.5
4.6 Material de coleta disponível (Luvas, Seringas, Swab)	1
5. Recursos Humanos	10
5.1 Coordenador de VE (Portaria de nomeação do gerente de epidemiologia) com mínimo de 30 horas	2
5.3 Especialização em saúde pública	3
5.4 Equipe	5
Técnicos de nível superior	2.5
Até 40.000 hab. (0 técnico de nível superior) De 40.000 a 60.000 hab. (1 técnicos de nível superior) De 60.000 a 100.000 hab. (2 técnicos de nível superior) De 100.000 a 150.000 hab. (3 técnicos de nível superior) De 150.000 a 300.000 hab. (5 técnicos de nível superior) A partir de 300.000 hab. (7 técnicos de nível superior)	
Técnicos de nível médio	2.5
Até 20.000 hab. (2 técnicos de nível médio) 20.000 a 40.000 hab. (3 técnicos de nível médio) 40.000 a 60.000 hab. (4 técnicos de nível médio) 60.000 a 100.000 hab. (6 técnicos de nível médio) 100.000 a 150.000 hab. (8 técnicos de nível médio) 150.000 a 300.000 hab. (10 técnicos de nível médio) a partir de 300.000 hab. (12 técnicos de nível médio)	
6. Sistema de Informações em Saúde em Funcionamento	5.0
6.1 SIM	1
6.2 SINAN	1
6.3 SINASC	1
6.4 Manutenção de arquivos dos SIS	1
6.5 Software TAB WIN	0.5
6.6 Software EPI INFO	0.5
8- Unidades Notificadoras	5.5
8.1. Possui cadastro atualizado de Unidades Notificadoras	0.5
8.2 Proporção de Unidades básica que realizam DNC (80%);	2
8.3 Proporção de USF que realizam notificação de DNC (90%);	2
8.4 ESF treinadas em ações de VE (80%)	1
09- Gestão do Núcleo	4.5
9.1 Possui normatização interna	1.5
9.2 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde enfatizando a estrutura organizacional que reponde pela Vigilância Epidemiológica (Lei que a aprovou)	1.5

II PROCESSO	
1. Coleta de dados	31
A. Notificação	6
1 Recebimento de Notificação negativa de sarampo (80% das Unidades realizando notificação negativa);	2
2 Recebem Notificação de casos de DST- Sífilis Congênita (1 caso de Sífilis congênita por 1000 NV);	2
3 Notificam acidentes relacionados ao trabalho	2
B. Busca Ativa	8
1 Óbitos em cemitérios (1 vez na semana)	2
2 Óbitos em Unidades de saúde (1 vez na semana)	2
3 Óbitos em Cartórios (1 vez na semana)	2
4 Nascidos Vivos em maternidades (1 vez na semana)	2
C. Investigação	17
1 Investigação oportuna de Sarampo (80% dos casos em até 48 horas)	3
2 Investigação de Eventos adversos Pós-vacinais (100% dos casos notificados)	2
3 Investigação de Óbito infantil (80%)	3
4 Investigação Óbitos maternos declarados e presumíveis investigados (80%)	3
5 Investiga Surtos (80%)	3
6 Casos de DNC investigados com preenchimento integral dos campos obrigatórios (80% dos Casos)	3
2. Diagnóstico	4.5
2.1 Controle de Meningites: 30% de casos de meningite bacteriana confirmado por cultura (PPI);	1.5
2.2 Número de casos confirmados de tétano neonatal; (Estabelecido no Pacto)	1.5
2.3 Número de casos confirmados de Sífilis congênita; (Estabelecido no Pacto)	1.5
3. Processamento	13
3.1. Consolidam as notificações das DNC no SINAN	1
3.2. Analisam as notificações das DNC no SINAN	1
3.3. Divulgam notificações das DNC no SINAN	1
3.4 Regularidade nas informações do SIM	2.5
3.5 Regularidade no envio das informações do SINASC	2.5
3.6 Óbitos captados pelo SIM (90% dos óbitos estimados ou Taxa Bruta de Mortalidade)	2.5
3.7 Nascidos Vivos captados pelo SINASC (90% dos óbitos estimados ou Taxa Bruta de Natalidade)	2.5
4. Análise dos dados	6
4.1 Constróem Mapas de risco (Mapas de risco construído)	3
4.2 Constróem (Gráfico de tendências construído);	3
5. Disseminação das informações	6
5.1 Retroalimentação aos notificantes Envio mensal de relatórios aos laboratórios	3
5.2 Retroalimentação aos notificantes: Envio mensal de relatórios às unidades de saúde notificantes	3
6. Controle	6.5
6. 1 Busca ativa de casos comunicantes de Meningite bacterianas;	1.5
6. 2 Cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de 1 ano (3 ^a . dose);	1.5
6. 3 Cobertura vacinal contra influenza em idosos	1.5
6.4 Busca de Faltosos ao esquema de tratamento anti-rábico (1 vez na semana)	2
7. Educação em Saúde	6
7.1 Realizam Oficinas com a comunidade	2

7.2 Projeto de educação em saúde contemplando Dengue	2
7.3 Realizam Campanhas educativas em escolas	2
8. Monitoramento	8
8.1 Doenças Diarréicas Agudas	2
8.2 Mortalidade Materna	2
8.3 Mortalidade Infantil	2
8.4 Monitora as doenças crônicas não transmissíveis da sua região	2
9. Pesquisa	4.5
9.1 Realizam Levantamentos epidemiológicos;	1.5
9.2 Realizam Inquéritos epidemiológicos;	1.5
9.3 Análise da situação de saúde (Indicadores de Situação de Saúde elencados);	1.0
TOTAL	97

PROCESSO EM NÍVEL LOCAL: UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA

II Unidades Básicas de Saúde	
I Estrutura	7.5
1.1 Possui Fichas de Notificação de DNC	1
1.2 Possui Fichas de Investigação Individual	1
1.3 A Unidade Possui computador	0.25
1.4 Possui software instalado EPI INFO e TAB WIN	0.25
1.5 Possui RH que manuseia os softwares	1
1.6 Possui material (ou recursos para aquisição) para o desenvolvimento de oficinas junto a comunidade	2
1.7 Técnicos capacitados para o controle da Tuberculose	1
1.8 Técnicos capacitados para o controle da Hanseníase	1
II Processo	28
1. Coleta	15
A. Notificação	4
1 Notificam casos de paralisia flácidas agudas	2
1 Notificação negativa de sarampo	2
B. Busca ativa de casos na área de adscrita	8
1.Sintomas respiratório- TB	1
2 Faltosos ao tratamento de TB	1
3 Comunicantes deTB	1
4 Sintomáticos dermatológicos de HANS	1
5 Comunicantes de HANS	1
6 Hipertensão	1
7 Diabetes Mellitus	1
8 Busca de crianças faltosas a vacinação	1
C. Investigação	3
1 Investigam casos de DNC	3
2. Diagnóstico	2
2.1 Coleta de material cérvico-uterino (semanalmente)	2
3. Processamento	3
3.1 Consolidam os dados na Unidade de Saúde (semanalmente)	3.0

(manualmente ou eletronicamente)	
4. Análise dos dados	2
4.1 Analisam os dados (semanalmente)	2
5. Disseminação das informações	2
5.1 Disseminam informações com a equipe	1
5.2 Envia dados ao nível local central	1
6. Controle	3
6.1 Quimioprofilaxia	
6.2 Bloqueio vacinal	1
6.3 Vacinação de rotina	1
	1
7. Educação em saúde	2
7.1 Aconselhamento a pacientes de risco para DST	1
7.2 Palestras em sala de espera	1
TOTAL	35.5

III Unidade de Saúde da Família	
I Estrutura	16
1 Possuem computador na USF	2
2 Possuem fichas de Notificação compulsória	2
Possuem Vacinas	
3 Antipólio 2	2
4 Antisarampo 2	2
5 DPT 2	2
6 BCG 2	2
7 Hep B 2	2
8. Possui material educativo	2
II Processo	59
1- Coleta de dados	34
A- Notificação	15
1 Notificam Doenças de Notificação Compulsória	1
2 Notificação de agravos relacionadas ao trabalho	1
3 Notificam < de 2 anos que tiveram diarreias pelo ACS;	1
4. < de 2 anos que tiveram diarreias e usaram TRO pelo ACS	1
5. < de 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda pelo ACS;	1
6. Todos os óbitos na área de abrangência pelo ACS;	1
7. Todas as internações em sua área pelo ACS;	1
8. Pneumonia < 5 anos pelo Médico;	1
9. Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos pelo Médico;	1
10. AVC pelo Médico;	1
11. IAM pelo Médico;	1
12. DHEG (grave) pelo Médico;	1
13. Doença Hemolítica perinatal pela Enfermeira;	1
14. Fratura de cólo de fêmur em > 50 anos pela Enfermeira;	1
15. Meningite tuberculose em < 5 anos pela Enfermeira;	1
B- Busca Ativa	8
1 Sintomas respiratório- TB	1
2 Faltosos ao tratamento de TB	1
3 Comunicantes deTB	1

4 Sintomáticos dermatológicos de HANS	1
5 Comunicantes de HANS	1
6 Hipertensão	1
7 Diabetes Mellitus	1
8 Busca de crianças faltosas a vacinação	1
C- Investigação	11
1 Usuários da USF com fatores de risco para diabetes mellitus	1
2 Todos os óbitos em maiores de 28 dias e menores de 1 ano	1
3 Todos os óbitos em menores de 28 dias	1
4 Hospitalizações por desidratação	1
5 Hospitalização por pneumonia	1
6 Óbito de mulheres em idade fértil 10 a 49 anos	1.5
7 Óbito de mulheres em idade fértil 15 a 49 anos	1.5
8 Óbitos por violência em adolescentes	1
9 Hospitalização por complicação de diabetes	1
10 Hospitalizações por AVC	1
2- Diagnóstico	4
Detecção de casos de Hanseníase com incapacidade II e III pela Enfermeira;	2
Coleta de Material Carcinoma in situ (Citologia Oncótica NIC III) pela Enfermeira	2
3- Consolidação dos dados	2
5.1 Consolidam os dados produzidos (Manualmente ou Eletronicamente)	2
4- Análise dos dados	7
6.1 Analisam os dados produzidos	3
6.2 Costróem indicadores	3
6.2 Analisam os relatórios recebidos	1
5- Disseminação de dados	2
7.1 Divulgação das informações para a comunidade através de cartazes	2
6- Controle	6
Instituem medidas de controle	2
Bloqueio vacinal	1
Vacina de rotina	1
Quimioprofilaxia	2
7- Educação em Saúde	4
8.1 Realizam ações de educação em saúde	2
8.2 Aconselhamento a pacientes de risco para DST	2
TOTAL	75

PROCESSO EM NÍVEL LOCAL: UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA

II Unidades Básicas de Saúde	
I Estrutura	9
1.1 Possui Fichas de Notificação de DNC	1
1.2 Possui Fichas de Investigação Individual	1
1.3 A Unidade Possui computador	0.15
1.4 Possui software instalado EPI INFO e TAB WIN	0.15
1.5 Possui RH que manuseia os softwares	1
1.6 Possui material (ou recursos para aquisição) para o desenvolvimento de oficinas junto a comunidade	2
1.7 Técnicos capacitados para o controle da Tuberculose	1
1.8 Técnicos capacitados para o controle da Hanseníase	1
II Processo	28
1. Coleta	17
A. Notificação	4
1 Notificam casos de paralisia flácidas agudas	2
1 Notificação negativa de sarampo	2
B. Busca ativa de casos na área de adscrita	10
1.Sintomas respiratório- TB	1
2 Faltosos ao tratamento de TB	1
3 Comunicantes deTB	1
4 Sintomáticos dermatológicos de HANS	1
5 Comunicantes de HANS	1
6 Hipertensão	1
7 Diabetes Mellitus	1
8 Busca de crianças faltosas a vacinação	1
C. Investigação	3
1 Investigam casos de DNC	3
2. Diagnóstico	2
2.1 Coleta de material cérvico-uterino (semanalmente)	2
3. Processamento	3
3.1 Consolidam os dados na Unidade de Saúde (semanalmente) (manualmente ou eletronicamente)	2.0
4. Análise dos dados	2
4.1 Analisam os dados (semanalmente)	2
5. Disseminação das informações	2
5.1 Disseminam informações com a equipe	1
5.2 Envia dados ao nível local central	1
6. Controle	3
6.4 Quimioprofilaxia	
6.5 Bloqueio vacinal	1
6.6 Vacinação de rotina	1
	1
7. Educação em saúde	2
7.1 Aconselhamento a pacientes de risco para DST	1
7.2 Palestras em sala de espera	1
TOTAL	97

III Unidade de Saúde da Família	
I Estrutura	16
1 Possuem computador na USF	2
2 Possuem fichas de Notificação compulsória	2
Possuem Vacinas	
3 Antipólio 2	2
4 Antisarampo 2	2
5 DPT 2	2
6 BCG 2	2
7 Hep B 2	2
8. Possui material educativo	2
II Processo	50
1- Coleta de dados	37
A- Notificação	17
1 Notificam Doenças de Notificação Compulsória	1
2 Notificação de agravos relacionadas ao trabalho	1
3 Notificam < de 2 anos que tiveram diarreias pelo ACS;	1
4. < de 2 anos que tiveram diarreias e usaram TRO pelo ACS	1
5. < de 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda pelo ACS;	1
6. Todos os óbitos na área de abrangência pelo ACS;	1
7. Todas as internações em sua área pelo ACS;	1
8. Pneumonia < 5 anos pelo Médico;	1
9. Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos pelo Médico;	1
10. AVC pelo Médico;	1
11. IAM pelo Médico;	1
12. DHEG (grave) pelo Médico;	1
13. Doença Hemolítica perinatal pela Enfermeira;	1
14. Fratura de cólo de fêmur em > 50 anos pela Enfermeira;	1
15. Meningite tuberculose em < 5 anos pela Enfermeira;	1
B- Busca Ativa	8
1 Sintomas respiratório- TB	1
2 Faltosos ao tratamento de TB	1
3 Comunicantes de TB	1
4 Sintomáticos dermatológicos de HANS	1
5 Comunicantes de HANS	1
6 Hipertensão	1
7 Diabetes Mellitus	1
8 Busca de crianças faltosas a vacinação	1
C- Investigação	22
1 Usuários da USF com fatores de risco para diabetes mellitus	2
2 Todos os óbitos em maiores de 28 dias e menores de 1 ano	2
3 Todos os óbitos em menores de 28 dias	2
4 Hospitalizações por desidratação	1
5 Hospitalização por pneumonia	2
6 Óbito de mulheres em idade fértil 10 a 49 anos	2
7 Óbito de mulheres em idade fértil 15 a 49 anos	2
8 Óbitos por violência em adolescentes	2
9 Hospitalização por complicação de diabetes	2
10 Hospitalizações por AVC	2

2- Diagnóstico	2
Detecção de casos de Hanseníase com incapacidade II e III pela Enfermeira;	1
Coleta de Material Carcinoma in situ (Citologia Oncótica NIC III) pela Enfermeira	1
3- Consolidação dos dados	2
5.1 Consolidam os dados produzidos (Manualmente ou Eletronicamente)	2
4- Análise dos dados	4
6.1 Analisam os dados produzidos	3
6.2 Analisam os relatórios recebidos	1
5- Disseminação de dados	2
7.1 Divulgação das informações para a comunidade através de cartazes	2
6- Controle	6
Instituem medidas de controle	2
Bloqueio vacinal	1
Vacina de rotina	1
Quimioprofilaxia	2
7- Educação em Saúde	5
8.1 Realizam ações de educação em saúde	2
8.2 Aconselhamento a pacientes de risco para DST	2
TOTAL	70

3.4 ESCORE PARA DEFINIÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

A fórmula básica construído para o cálculo é a seguir:

$$VM \text{ (VALOR MÁXIMO)} = \Sigma EM + \Sigma CM$$

$$VA \text{ (VALOR ATINGIDO)} = \Sigma EN + \Sigma CN$$

Onde:

E refere-se a Estrutura,

EM: à pontuação máxima atingida possível pela estrutura cujo valor não varia

EN = pontuação atingida pelo município que está sendo avaliado (por isso varia).

CN= pontos referente aos componentes da intervenção atingido pelo município que está sendo avaliado

CM= pontuação máxima possível de ser atingida , que não varia.

VM= VALOR MÁXIMO DE REFERÊNCIA possível de ser atingido (FIXO)

VA= VALOR ATINGIDO pelo município (RELATIVO)

PLANILHA A: PARA CÁLCULO DO VALOR ATINGIDO NO ÂMBITO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

I- ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					
	Total Máximo	Peso	Valor Máximo ponderado	Total atingido	Valor ponderado atingido
1- Equipamentos	8.25	1	EM= 8.25		E1
2- Ambiente	4.00	2	EM= 8.00		E2
3. Material de Expediente	1.75	1	EM= 1.75		E3
4. Insumos	5.00	2	EM= 10.00		E4
5. Recursos Humanos	12.00	1	EM= 12.00		E5
6. Sistemas de Informações	5.5	2	EM= 11.00		E6
7. Apoio diagnóstico	4.5	1	EM= 4.50		E7
8. Unidades notificadoras na rede de saúde	5.5	2	EM= 11.00		E8
9. Gestão do Núcleo	4.5	2	EM= 9.00		E9
<i>TOTAL DA PARTE I</i>	<i>48</i>		EM= 75.5		En=ΣE1...E9
II-PROCESSO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					
	Total Máximo	Peso	Valor Máximo	Total atingido	Valor atingido
1- Coleta de dados	31	1	CM1= 31.00		C1
2. Confirmação diagnóstica	4.5	2	CM4=9.0		C2
3. Processamento	13	2	CM5 =26.00		C3
4. Análise dos dados	6	5	CM9=30.00		C4
5. Disseminação das informações	6	5	CM10=30.00		C5
6. Controle	6.5	2	CM6=13.00		C6
7. Educação em saúde	6	2	CM11 = 12.00		C7
8. Monitoramento	6	2	CM7=12.00		C8
9. Pesquisa	4.5	2	CM8=9.00		C9
<i>TOTAL</i>	<i>83.5</i>		ΣCM 172		Cn =ΣC1...C9

$$\begin{aligned} \text{VMR} &= \text{EM} + \text{CM} \\ \text{VMR} &= 75.5 + 172 \\ \text{VMR} &= 247.5 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{VA} &= \text{EN} + \text{CN} \\ \text{VA} &= \\ \text{VA} &= \end{aligned}$$

PLANILHA B: PARA CÁLCULO DO VALOR ATINGIDO NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE

ESTRUTURA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE					
	Total	Peso	Valor Máximo	Total atingido	Valor atingido com peso
Estrutura	7.5	4	EM = 30		E n
PROCESSO NAS UNIDADES DE SAÚDE					
	Total	Peso	Valor Máximo	Total atingido	Valor atingido (com peso)
1- Coleta	15	1	CM1=15		C1
2- Confirmação diagnóstica	2	2	CM2= 4		C2
3- Processamento dos dados	2	3	CM5=6		C3
4- Análise dos dados	2	5	CM6=10		C4
5- Disseminação das informações	2	1	CM7=2		C5
6- Controle	3	2	CM4= 6		C6
7. Educação em Saúde	2	2	CM8=4		C7
<i>TOTAL</i>	35.5		Σ CM= 47		Cn= Σ C1 a 7

$$\begin{aligned} \text{VMR} &= \text{EM} + \text{CM} \\ \text{VMR} &= 30.0 + 47 \\ \text{VMR} &= 87 \end{aligned}$$

$$\text{VA} = \text{EN} + \text{CN}$$

**PLANILHA B: PARA CÁLCULO DO VALOR ATINGIDO NAS UNIDADES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

ESTRUTURA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA					
	Total	Peso	Valor Máximo	Total atingido	Valor atingido
Estrutura	16	2	EM=32		E n
PROCESSO NAS UNIDADES DE SAÚDE					
	Total	Peso	Valor Máximo	Total atingido	Valor atingido
1- Coleta	34	1	CM1=34		C1
2- Confirmação diagnóstica	4	2	CM2=8		C2
3. Consolidação dos dados	2	4	CM3 =8		C3
4. Análise dos dados	7	5	CM4=35		C4
5. Disseminação	2	3	CM5= 6		C5
6. Controle	6	3	CM6=18		C6
7. Educação em Saúde	4	3	CM7= 12		C7
<i>TOTAL</i>		<i>20</i>	Σ CM= 121		$C_n = \Sigma C_{1:7}$

$$\begin{aligned} \text{VMR} &= \text{EM} + \text{CM} \\ \text{VMR} &= 32 + 121 \\ \text{VMR} &= 153 \end{aligned}$$

$$\text{VA} = \text{EN} + \text{CN}$$

O GRAU DE IMPLANTAÇÃO é estimado através da relação entre o valor atingido pelo município (VA) e a proporção que este valor representa em relação ao valor máximo que poderia ter atingido.

VA= 80-100% DO VM GRAU SATISFATÓRIO

VA= 70-79% DO VM GRAU ACEITÁVEL

VA= 50-69% DO VM GRAU INSATISFATÓRIO

VA= > 50% DO VM GRAU CRÍTICO

PLANILHA D: PARA CÁLCULO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE VE NO ÂMBITO MUNICIPAL

	Local	Valores Atingido pelo município	VALOR MÁXIMO DE REFERÊNCIA (VMR)	Sa 80-
3- ATENÇÃO BÁSICA	1- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Estrutura = ____ (En1)	30	
		Processo = ____ (Cn1)	47	
		Total do Valor atingido: _____	87	
	2- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Estrutura= ____ (En2)	32	
		Processo= ____ (Cn2)	121	
		Total do Valor atingido: _____	153	
	1+2	Estrutura= ____ (En3)	62	
		Processo= ____ (Cn 3)	168	
		Total	240	
4- NÍVEL CENTRAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Estrutura= ____ En4	75	
		Processo= ____ Cn4	172	
		Total do Valor atingido E + P:	247	
C- TOTAL no MUNICÍPIO	3+4	Estrutura- En3+ En4	137	
		Processo Cn3 + Cn4	340	
		Resultado VA3 + VA4	487	

Para realizarmos a análise na variação dos resultados da implantação em função da variação das características contextuais, sugerimos a utilização do *modelo político e contingente proposto por Denis e Champagne (1997)*.

Identificamos como possíveis atores e sujeitos: o Secretário de Saúde, o Responsável pela VE no município, o Responsável pela Atenção Básica e os Gestores de Unidades de Saúde. Além disso sugerimos a observação como técnica para preenchimento do instrumento em conjunto com a aplicação de um questionário, bem como o levantamento documental para resgatar o contexto.

O roteiro da entrevista semi-estruturada sugeridos são os que se seguem:

A. Roteiro para Entrevista com o Secretário de Saúde

1- O município está certificado para o desenvolvimento de ações de Epidemiologia e Controle das Doenças?

Sim. Desde quando? ____/____/____ (Ir para a pergunta 2).

Não. Por quê?

_____(Ir para a pergunta 3).

2- Conhece o valor o valor correspondente ao TFECD municipal?

Sim. Acha que é suficiente?

Não.

3- Qual a sua percepção sobre o desempenho da VE em seu município

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Justifique _____

4- Considera que há adequação entre as atribuições definidas quando da criação do serviço de Vigilância epidemiológica e as atividades que vem desempenhando?

Sim. Por quê? _____

Não, Por quê? _____

5- Como os profissionais são vinculados ao serviço?

Contrato temporário Terceirizado CLT Cargo comissionado

Estágio Cooperativa Concurso

6- Quais mudanças foram introduzidas com a sua gestão?

7- Considera que há necessidade de ampliar e melhorar o desempenho do setor?

Sim. Quais?

Não. Justifique_____

B. Roteiro de Entrevista com o Gestor Responsável pela VE no município

1- Há quanto tempo trabalha no setor

_____ meses

_____ anos

2- Qual a sua percepção sobre o desempenho da VE em seu município?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Justifique. _____

3- O município é certificado?

Sim. Desde quando? (Ir para a pergunta 3)

Não. Por quê? (Ir para a pergunta 4)

4- Conhece o valor correspondente ao TFECD municipal?

Não

Sim. É suficiente? _____

Todo o recurso é destinado a vigilância epidemiológica?

5- O município foi contemplado como o VIGISUS?

Não

Sim. Com o quê?

O que achou?

6- Qual é a composição da equipe do núcleo?

Nome	Cargo	Escolaridade	Formação	Qualificação	Carga horária	Vínculo	Tempo no setor

7- Como a equipe foi selecionada?

Indicação Concurso Seleção Outros. _____

8- A composição da equipe é adequada ao desenvolvimento das ações de VE?

Sim.

Não. Justifique. _____

9- A equipe faz investigações em conjunto com o PSF?

Sim .

Não. Por quê? _____

10- A equipe é capacitada regularmente?

Sim.

Não. Quais os temas que você considera mais necessário para uma capacitação?

11- As unidades de Saúde privadas, incluindo os laboratórios notificam?

Sim .

Não.

Foi feito algum trabalho neste sentido no município?

Sim

Não. Qual?

12- Quais as dificuldades encontradas pela sua equipe no desempenho de suas funções?

Financeiros/Custeio

Capacitação

Equipamentos

Extensão territorial

Outros. Quais?

13- Quais as dificuldades identificadas por você para um melhor desempenho do setor?

14- O que você considera como necessário para ampliar e melhorar o desempenho do setor?

15- Com que frequência tem reuniões com o secretário?

Semanal Mensal Quizenal Não há frequência definida Outros.

16- O secretário utiliza as informações produzidas?

17- Qual a percepção do mesmo sobre o setor?

Prioritário Secundário Sem importância aparente Não tem importância

18- Qual é a percepção dos outros setores sobre este setor de VE?

Prioritário Secundário Sem importância aparente Não tem importância

19- Como se dá o relacionamento com o nível estadual? Quais as principais demandas?

C- Roteiro de Entrevista com Gestor Responsável pelo PSF (ou pela atenção básica)

Cobertura do PSF: _____

1- As equipes foram capacitadas para desenvolver ações de VE que lhes cabe?

Sim.

Não.

3- O que impede ou dificulta o desenvolvimento de tais ações pelo PSF

Número elevado de outras tarefas

Falta de capacitação

Outros.

4- Como se dá a relação entre as Unidades Básicas de Saúde e setor de VE?

5- Quais sugestões você daria para um melhor desempenho das ações de vigilância epidemiológica pelas Equipes de Saúde da Família e pelas Unidades Básicas de Saúde?

D- Gestores das Unidades de Saúde

1- A Equipe da Unidade foi capacitada para desenvolver

Sim. Qual?

Não.

2- O que impede ou dificulta o desenvolvimento de tais ações pela Unidade

Número elevado de outras tarefas

Falta de capacitação

Outros. _____

5- Quais sugestões você daria para um melhor desempenho das ações de vigilância epidemiológica nas Unidades de Saúde?

3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS

O roteiro da entrevista será submetido ao comitê de ética e os entrevistados assinarão um termo de consentimento caso concordem com a participação na pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: “ Avaliação do grau de implantação das ações VE em nível municipal

Instituições participantes do projeto:

- Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM
- Departamento de Saúde Coletiva - NESC

Eu, _____, declaro que aceito participar do estudo científico, sobre Grau de Implantação das Ações de VE na qualidade de entrevistado.

Minha participação é voluntária e eu poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Estou ciente que ao serem apresentados os resultados deste estudo, o meu nome não será identificado. E, conhecerei os resultados alcançados, em reuniões no local de trabalho e/ou através de veículos de comunicação.

Qualquer esclarecimento que eu necessite, deverei entrar em contato com o

Dra Cinthia Kalyne de Almeida Alves pelo Telefone: 81 33026510 ou dirigir-me ao NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

_____, ____/____/2003. _____

(assinatura)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após elaboração da proposta, pudemos identificar alguns indicadores utilizados tradicionalmente como de resultados ou de impacto da assistência à saúde, pouco adequados à avaliação dos resultados das ações de VE, tendo em vista os objetivos desta intervenção, considerados objetivos-meio para as ações de intervenção assistenciais e de planejamento do sistema de saúde,

Como proposta para avaliação de resultados das ações de VE poderíamos pensar em indicadores que apontassem a efetividade do uso das informações produzidas no desencadeamento de ações oportunas tais como: a proporção de investigações oportunas de uma determinada doença; ou ainda a alta proporção de causas mal definidas no sistema de mortalidade como indicador negativo, o que apontaria para uma deficiência tanto da VE, no que tange a investigação dos óbitos, quanto dos serviços de saúde daquela região, como tradicionalmente é utilizado. Para construção dos indicadores de resultado é interessante uma maior dedicação. Vale salientar que como já alertavam alguns autores, às vezes é difícil diferenciar e selecionar eficazmente os indicadores de resultado e processo (Pereira, 1999).

No entanto, como refere Mendes, M (2001) a elaboração do instrumento de avaliação é uma das atividades mais desafiadora e a que leva a uma maior aprendizagem. Durante a elaboração da proposta compreendi sua riqueza.

Muitas reflexões foram surgindo ao longo da monografia realizada. A primeira delas é que para se avaliar, e principalmente elaborar uma proposta de avaliação exige-se muito conhecimento sobre a área em foco, sobre as concepções que embasam a intervenção e sobretudo da necessidade permanente de se identificar os componentes e sobretudo ter bem claro o que se quer medir, estimar... avaliar.

Havemos que adentrar num grande desafio e esforço para levantar parâmetros, instrumentos já elaborados por outros autores e sobretudo se aventurar, com muita segurança, num grande exercício de julgamento e valoração, o que exige além do conhecimento sobre a intervenção em questão, bom senso. E ainda é um processo que quando concluído, nem sempre é o perfeito. Algumas recomendações são as que se seguem:

- Diminuir o tamanho dos instrumentos, enfocando nos componentes e não nas ações.
- Não discriminar na atenção básica: unidade de saúde e unidade de saúde da família.
- Discutir com profissionais da área sobre os componentes identificados

- Utilizar como norte de avaliação por porte de município, a tabela da CIT
- Elaborar um modelo lógico que permita uma maior validade do instrumento e verificar se os componentes identificados são capazes de recompor a intervenção de VE, não apenas baseado nas normas.
- Testar o instrumento e investigar as facilidades e dificuldades da coleta dos dados para a construção dos indicadores.

Embora a pontuação desta proposta tenha se baseado no levantamento realizado, não foi fácil chegar a uma decisão plenamente acertada. É importante salientar que a proposta não está acabada, sugerimos o seu teste e as necessárias correções.

No entanto consideramos este um exercício que é um primeiro passo em direção ao debate com os profissionais e pesquisadores da área para que possam contribuir no aperfeiçoamento do instrumento, diminuindo-o, modificando componentes, atribuindo novos valores às ponderações. Um dos itens que precisa ser revisto é o referente à estrutura, cujo parâmetro utilizado foi o da supervisão dos municípios certificados para o desenvolvimento da Epidemiologia e Controle das Doenças. Deverá também haver uma discussão sobre como finalizar a avaliação com os parâmetros associados ao número de equipes de PSF em cada município e a cobertura alcançada pelos mesmos.

Esta monografia é também, um primeiro passo para iniciarmos discussões sobre o grau de implantação das ações de VE com os municípios, que hoje são de fato uma das instâncias mais importante na atenção à saúde da população.

ANEXOS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Comissão de Epidemiologia. **III Plano Diretor para o desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 2000-2004**. Rio de Janeiro, 2000.

ALBUQUERQUE, M. I. N.; CARVALHO, E. M. F; LIMA, P.C. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2002.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de Qualidade do Governo Federal. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul-set, 2001.

ANDER-EGG, Ezequiel; IDANĚZ, Maria José Aguilar. Indicadores de Avaliação do projeto. In: _____. **Guia para desenhar projectos sociais y culturais**. Tradução de Maria Filomena Veigas de Souza Henriques. Recife: LUMEN- HYMANITAS, 1997. p.63-71

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde – Avaliar o que? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, out./dez. 1992.

BARATA, R. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: **Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica**, 1993, Brasília. Anais... Brasília: FNS/CENEPI, 1993. p. 63-68.

BITTAR, O. J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.13, n. 12 p. 21-28 jul-set, 2001.

BRASIL. Lei nº. 6.259, de 30 de outubro de 1975. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 out. 1975. Retificação em 7.11. 1975.

Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/legis/legis00.htm#4>>. Acesso em: 22 out. 2002.

BRASIL. Decreto n.º 78.321, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei 6259, de 30 de outubro de 1975. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 ago. 1976. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legis>>. Acesso em 22 out. 2002

BRASIL. Constituição (1988). Título. Da ordem social. Seção, Art. 30, incisos V e VI e Art. 32, Parágrafo primeiro da Constituição Federal. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 p .

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059, col 1. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legis>>. Acesso em 22 out. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 31, p. 6-9, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília, DF. **Relatório...** Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** , p. 6.961-6.524, de maio de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** , Brasília, DF, p. 22938-22939, 5 nov 1996. (Seção 1, Pt. 1.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em 31 de mar. de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** . **Republicada em** 02 de fevereiro de 1999 Seção I, p.23 a 30. **Manual para Organização da Atenção Básica**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 1998. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil (DOU)** em 16 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf >. Acesso em 11 de nov. de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 950 de 23 de Dezembro de 1999: Diário Oficial da União, dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/legis>>. Acesso em 11 de nov. de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999. 40 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em 09 de jan. de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família- PSF**. Brasília, 1999. 120p.

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em 09 de jan. de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000. 119p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/psf>>. Acesso em 09 de jan de 2003.

BRASIL. 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio /relatorio.htm>>. Acesso em 29 de dez de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Sociais. Departamento de Atenção Básica. Atenção à Saúde do Idoso- instabilidade Postural e Quedas. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2000 36 p.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 1.943 de 18 outubro de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Publicado em 24 out. 2001. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/legis/pdfs/portarias _m/pm_1943_2001.pdf>. Acesso em 19 de out. de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs/publicoes>>. Acesso em 09 de jan. de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-095.htm>>. Acesso em 20 de jan. de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 723 do Gabinete do Ministério da Saúde em 10 de maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-723.htm>>. Acesso em 20 de jan. de 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.158, de 08 de agosto de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1158.htm>>. Acesso em 16 de dez de 2002.

BRASIL, 2002. Portaria conjunta. n.º. 02 de 05 de março de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Nº. 44 de 06 de março de 2002, Seção 1 p.91. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/legislação/port2002/port2.htm>> Acesso em 21 de jan de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério da Saúde. Portaria n.º 373 do em 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** em 28 de fevereiro de 2002. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>. Acesso em 16 de dez de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Pacto dos Indicadores de Atenção Básica - 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2003.saude.gov.br/pacto2002>>. Acesso em 11 de out. de 2002.

CABRAL, R. W. **Avaliação de serviços em saúde**: análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

CARVALHO; M. S.; MARZOCHI, K. B. F. Avaliação da Prática de Vigilância Epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 66-74, 1992. 20/01/2003

CARVALHO, E. M. F.; ACIOLI, M. D. A. (Coord.) Introdução p. 2- 25 In -:_____ **Pesquisa de Avaliação do Impacto das ações do IEC/MC no controle das doenças endêmicas em cinco estados brasileiros**. Versão Pernambuco, Relatório Final. Recife, 1996.

CESAR, C. L. G. e TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, 1996, vol.12 supl.2, p.59-70 abr./jun. 1996.

CHIOZZOTTI, A. A coleta de dados quantitativos. In.:_____. **A Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez p. 51-67.

CONTANDRIOPOULOS, 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. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29- 47.

COSENZA, Gilvânia Westin. Epidemiologia no Contexto da Implantação da Norma Operacional no Contexto da Implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS/ SUS- 01/2001. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Notas Técnicas CONASS no. 06/2002**. Disponível em: <<http://www.conass.com.br>>. Acesso em: 20 out. 2002.

CORDONI JÚNIOR. Luiz; BERTONE. Arnaldo. Reflexão sobre os novos mecanismos de pagamento do INAMPS. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 31, p. 9-10, 1992.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997. p. 49-88

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. X-X, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, [S. l.], v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, [S. l.], v. 114, p. 1115-1119, Nov. 1990.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de Informação em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal da Saúde: Textos Básicos**. Brasília, DF, 2001. p. 179-191.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999**. Recife, 2001. 92 p. Dissertação (mestrado)- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Vigilância Epidemiológica. In: _____ **Guia brasileiro de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. rev. amp. Brasília, DF, 1998. v. 1, p. 2-22

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Projeto VIGISUS** : diretrizes e procedimentos para o apoio de estudos e pesquisas no âmbito do VIGISUS - Componente II. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. 30 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Avaliação dos indicadores de qualidade das atividades de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, 2000**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/epi/epi_avalia.htm>. Acesso em 17 de out de 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Situação da Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil. Brasília: Setembro, 2002**. 45 p. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/epi/pdfs/situacao_doencas.pdf>. Acesso em 17 de out. de 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Programação Pactuada Integrada - PPI/ECD PPI/ECD 2002 - Região Nordeste - Parte 2, 2002**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/epi/ppi/ppi00.htm>>. Acesso em 17 de out. de 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Vigilância das doenças não transmissíveis, de seus fatores de risco e de outros agravos à saúde, 2002**. Disponível em:<http://www.funasa.gov.br/epi/ntransmi/epi_ntransmi_00.htm>. Acesso em 18 de out. de 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Vigilância Epidemiológica. In: _____ **Guia brasileiro de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2002. p.10-27. Disponível em:<<http://www.funasa.gov.br/pub/pub00.htm#>>. Acesso em 14 de fev. de 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Sistemas de Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica. In: _____ **Guia brasileiro de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2002. p.70-77. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/pub/pub00.htm#>>. Acesso em 14 de fev de 2003.

FOSSAERT, D. H.; LLOPIS, A.; TIGRE, C. H. Sistemas de vigilância epidemiológica. **Bol. Ofic. Sanit. Panamer.**, Washington, v. 76, n. 6, p. 512-525, 1974.

FRIAS, P. G. **Análise de Implantação do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil em dois municípios de Pernambuco com Semelhantes Condições de Vida. Recife, 2001** (Dissertação de Mestrado) Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

GAZE, R.; PEREZ, M. Vigilância epidemiológica. In: **Epidemiologia**. MEDRONHO, Roberto. P. 73-89. São Paulo: Atheneu, 2002.

GIL, A. C. O delineamento da Pesquisa In: _____ **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: ATLAS, 1995. 207p.

GOLDABAUM, Moisés. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 12, suplemento 2, p.95-98, 1996

HAMMANN, E. M.; LAGUARDIA J. **Reflexões sobre a Vigilância Epidemiológica: mais além da notificação compulsória**. Informe Epidemiológico do SUS; v. 9, n.3, p. 211-219, jul/set, 2000

HARTZ, Z. M. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

_____ et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 89-131.

HARTZ, Z. M. de A. e CAMACHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 13-20, 1996.

HARTZ, Z. M. A. Uso de traçadores para avaliação da qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarréica e das doenças infecciosas respiratórias agudas em dois centros de saúde. **Revista do IMIPI**, Recife, v.9, n. 2, 1995. p.35-50

HEIMANN, L. S.; CORTIZO, C. T.; CASTRO, I. E. N.; KAYANO, J.; ROCHA, J. L.; NASCIMENTO, P. R.; BOARETTO, R. C.; PESSOTO, U. C.; JUNQUEIRA, V. **Descentralização do sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: SOBRAVIME, 2000. 136p.

JANUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.36, n.01 51-72. jan-fev, 2002.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality. The case of tracers. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 288, n.4, 193, p. 189-183.

KERR-PONTES, L. R. S. ROUQUAYROL. M. Z. a Medida da Saúde Coletiva. In ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P. 31-68.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. P. 43-77. São Paulo. Editora Atlas: S.A., 1995

LANGMUIR, A .D. The surveillance of communicable diseases of national importance. **The New Engl. J. Med.**, Waltham, v. 268, n. 4, p. 182-192, Jan. 1963.

_____; FARR, F. Founder of modern concepts of surveillance. **Int. J. Epidem.**, London, v. 5, p. 13-18, 1976.

MENDES, M. F. de M. **Avaliação da Implantação dos Núcleos de Epidemiologia em hospitais de alta compleidade da rede pública de Saúde, no Recife/PE.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2001 152p.

MENDES, E. V. A descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, Eugênio Vilaça Mendes (Org.). **A Organização da Saúde no Nível Local.** São Paulo: HUCITEC, 1998. p.17-55

MENDES, E. V. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: Organização Panamericana de Saúde; Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde. **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.), Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13, pp. 43-59, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.

MINAYO, M. C. S. Fase do trabalho de campo. In: _____ **O Desafio do conhecimento.** 6. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p.105-125.

MINAYO, M. C. S. A Entrevista enquanto técnica. In: _____ **Pesquisa Social-** Teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.p. 57-60.

MINAYO M. C.S. ; SOUZA, E. R. S.; ASSIS. S. G. de A.; CRUZ NETI, O.;

DESLANDES, S. F. ; SILVA, C. M. F. P. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.15 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 1999.

NAVARRO, M. Vigilância Epidemiológica. **Revista de Sanid. Hig. Publica.** 1979. V. 53 n. 9-10 p.1205-1261

NEMES, Ma. I. B. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. **Fundamentos da Avaliação, No. 1.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001 29 p.

NOGUEIRA, C. e cols. Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Sarampo nos Estados de São Paulo e Bahia. **Informe Epidemiológico do SUS,** jan-mar, 1998.

OLIVEIRA, T. C. Implementação de ações de Vigilância Epidemiológica em nível regional. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo v 23 n. 1 p. 79-81, 1989.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Projeto de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Modelo de Qualificação das Equipes de Saúde da Família no Brasil (Proposta preliminar).** Brasília, Outubro de 2002. 51 p.

PAIM JS; TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Informe Epidemiológico do SUS,** 1992; v. 5 p.27-54.

RASKA, K. The epidemiological surveillance programme. **Journal of Hygiene epidemiology, Microbiology and immunology,** [S. l.], v. 3, n. 137, p. 137-168, 1964.

RICHARDSON. R. J.; Peres. Métodos e técnicas. In: _____ **Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999 p.189-218.

ROUQUAYROL. M. Z. Epidemiologia Descritiva. In ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P. 77-148

RUSTEIN, David D. BEREBERG, W.; CHALMERS, T. C; CHILD, C.G.; FISHMAN, A. P.; PERRIN, E. B.; Measuring the quality of medical care: a clinical method. **The New England Journal of Medicine**. Massachusetts, 294. 1976, p.582-588

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica. Guia do Monitor. **Treinamento básico em vigilância epidemiológica- TBVE**. São Paulo, 1998. Mimeografado.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Treinamento básico em vigilância epidemiológica- TBVE**. São Paulo, 1999. Mimeografado.

SILVA, L. M. V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

_____. FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994. SOUZA, M. F. M.; KALICHMAN, A. O. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p. 467-487.

SOUZA, H.M. O PSF como indutor da insitucionalização da avaliação na atenção básica.p10-15. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, Ano II, n.6, Dezembro de 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos assistências e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 7, n. 2, p. 8-25, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, M. G . VILASBOAS, A. L. & TEIXEIRA, C. F., et al. Vigilância da Saúde. Relatório da Oficina realizada durante o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia- EPI-RIO-98. **Informe Epidemiológico do SUS** , ano 7I, abr/jun, 1998.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JÛNIOR, J. B. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol, M.L. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 301-326.

TEIXEIRA, C. F., 1994. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.), Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13, pp. 43-59, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

TESTA, M. Pensamento Estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1995 p. 250-273.

TRIVIÑOS, A. N. S. Um tipo de pesquisa avaliativa: o estudo de caso. In:_____ **Introdução à pesquisa em Ciências Socias**. São Paulo: Atlas, 1992. p. 117-173.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 5, p. 17-25, ago. 1991.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 7, n. 3, p. 7-26, jul./set. 1998.

_____. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública.** 1991.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 1998. 112 p. (quando o autor é o editor não repete)

Autor, título, local e data.