



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Mestrado Profissional de Vigilância em Saúde

Dissertação de mestrado

Avaliação do processo de implantação da Programação Pactuada e Integrada de
Epidemiologia e Controle de Doenças: ações de imunização como condição traçadora,
Rio de Janeiro, 2006.

Claudia Ferro Nazareno

Orientadora: Prof.^a Sônia Natal

Banca Examinadora:

Dra. Elizabeth Moreira dos Santos

Dra. Isabella Chagas Samico

Rio de Janeiro, 2006.

Ficha Catalográfica

Nazareno, Cláudia Ferro.

Avaliação do processo de implantação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças : ações de imunização como condição traçadora
Rio de Janeiro, 2006.

Mestrado em Saúde Pública

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro, 2006.

1.Imunizações 2.Estudo de Caso 3.Modelo Rápido de Avaliação 4.Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças 5. Avaliação.

Para:

Meu pai, pelo exemplo de vida dedicada à Medicina e à Saúde Pública;

Minha mãe (in memoriam), pelo amor incondicional e pela dignidade;

**Meus filhos, Cristiana, Gustavo e Mariana, razão da minha vida e da minha
felicidade;**

**Ivan, com admiração e afeto, pelo exemplo de dedicação à Pediatria, e pelo
compromisso nunca esquecido de curar as crianças que sofrem.**

AGRADECIMENTOS

- A minha orientadora, Dra. Sônia Natal, pelos ensinamentos, pela orientação precisa, pelo apoio e amizade em todos os momentos do processo de elaboração da dissertação; por ter me apresentado campos novos na Saúde Pública e da Epidemiologia, que espero ter sabido incorporar, um pouco que seja, neste projeto, que para mim, mais que uma dissertação, é um desafio de transpor o limite de tantos anos no serviço para um passo na vida acadêmica.
- A Dra. Isabella Samico, pela colaboração na qualificação, e, sobretudo por ter apontado a mim, e a todo o nosso grupo de monitoramento da SVS os primeiros caminhos nesta área antes desconhecida, e que agora me encanta, que é a avaliação.
- A todo o corpo técnico de Avaliação do IMIP, que soube despertar no grupo de monitoramento da SVS o gosto pela avaliação, e a admiração pela seriedade, compromisso e simplicidade com que conduzem seu trabalho.
- Ao Dr. Luis Camacho, pelas valiosas sugestões na qualificação.
- A Rita de Cássia Galhardo de Mello, pela ajuda, estímulo, sugestões na dissertação, e principalmente pela amizade de muitos anos, consolidada neste momento pelo apoio profissional, e principalmente emocional, quando as reservas de segurança e de serenidade ameaçavam desaparecer.
- A todos os colegas do mestrado profissional, pelo saudável convívio, pelo conhecimento adquirido pela diversidade das experiências relatadas, e principalmente, pela alegria de voltar a ser estudante, depois de tantos anos no exercício da Medicina e da Saúde Pública.

- A todos os colegas do Grupo de Monitoramento da SVS, que souberam entender a ausência em alguns momentos dedicados às aulas de mestrado e à elaboração desta dissertação.
- A Ivenise Leal Braga, que tantas vezes precisou e soube entender a demora em relatórios, pela demanda do mestrado, e ouvir as lamentações da falta de tempo, e sempre tinha uma palavra amiga, de apoio e estímulo nas horas difíceis.
- Ao Dr. Fabiano Pimenta, cuja dissertação serviu em certos momentos de inspiração e em todos os momentos, seu exemplo pelo trabalho incansável à frente da DIGES, também nos indicou o caminho a seguir.
- A Dra. Carla Torres, coordenadora do Programa Estadual de Imunizações no estado do Rio de Janeiro, pelas preciosas orientações, pelos dados fornecidos com presteza e boa vontade.
- A todos os servidores dos municípios que foram a base desta dissertação, em especial aos do Programa de Imunizações.
- A Dr. Flávio Gameiro, e a toda a equipe de acompanhamento da PPI e do VIGISUS da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, que ajudaram com dados, sugestões e apoio técnico.
- A meus filhos, Cristiana, Gustavo e Mariana, por horas preciosas subtraídas de trabalho e de sono me ajudando com o inglês, com a revisão do texto, com gráficos e tabelas, e consertando as bobagens (irreparáveis, pensava eu...) feitas na tela do computador, com aquela rapidez e paciência que só nossos filhos (como?) conseguem.
- A Ivan, pela solidariedade, tolerância e paciência infinita em todas as horas.
- A todos os colegas, da Medicina e da Saúde Pública, que de uma forma ou de outra, me deram a mão, o apoio, o estímulo e o exemplo a ser seguido, nestes anos de trabalho, que já não são poucos.

Dedico este trabalho aos sanitaristas do nosso Brasil, que sonham e lutam por um mundo mais justo, com saúde para todos. Para eles, a minha homenagem...

... Tudo começa com o sonho, com o pensamento. Nada está pronto. Nada cai do céu. Somos nós que fazemos as coisas acontecerem. Há homens que sonham a vida inteira com um ideal e lutam para que ele se torne realidade. Sonhos, todos têm. Mas lutar por eles, nem todos o fazem. Alguns começam e desanimam no meio do caminho. Outros nem tentam, por acharem o caminho difícil demais. Alguns percorrem o difícil caminho de lutar toda a vida pelos seus ideais. Mas só assim vale a pena viver, pois se da vida nos tiram os sonhos e os desejos, o que nos fica, então?

(Cristiana Arruda Câmara Ferro Nazareno)

SUMÁRIO

Resumo	1
Abstract	2
1. Introdução	3
2. Justificativa	11
3. Referencial Teórico	13
3.1. Avaliação	13
3.2. Modelos Rápidos de Avaliação e REM	18
3.3. Estudo de Caso	24
3.4. Imunizações	33
4. Pressupostos teóricos	38
5. Objetivo Geral	38
6. Objetivos Específicos	38
7. Métodos	39
7.1. Desenho do Estudo	39
7.2. Estudo de caso	44
7.3. Coleta de dados	46
7.4. Matriz de Avaliação	47
8. Considerações Éticas	66
9. Resultados	67
10. Discussão	103
11. Considerações Finais	111

12. Conclusões	114
13. Limites do Estudo	116
14. Produto esperado e difusão dos achados	117
15. Referências	118
Anexo I Roteiro de Entrevista para Gestores	
Anexo II Roteiro de Entrevista para Usuários	
Anexo III Termo de Consentimento	
Anexo IV Modelo Lógico das ações de Imunizações na PPI ECD	

Lista de Figuras

Figura 1. Cobertura vacinal por BCG nos casos 1 e 2 de 2000 a 2004 no estado do Rio de Janeiro	81
Figura 2. Cobertura vacinal por Hepatite B nos casos 1 e 2 de 2000 a 2004 no estado do Rio de Janeiro	83
Figura 3. Cobertura vacinal por poliomielite nos casos 1 e 2 de 2000 a 2004 no estado do Rio de Janeiro	85
Figura 4. Cobertura vacinal para tetravalente nos casos 1 e 2 de 2002 a 2004 no estado do Rio de Janeiro	87
Figura 5. Cobertura vacinal para tríplice viral nos casos 1 e 2 de 2003 a 2004 no estado do Rio de Janeiro	89
Figura 6. Cobertura vacinal para DPT nos casos 1 e 2 de 2000 a 2002 no estado do Rio de Janeiro	91
Figura 7. Cobertura vacinal para Hib nos casos 1 e 2 de 2000 a 2002 no estado do Rio de Janeiro	93
Figura 8. Cobertura vacinal para Sarampo nos Casos 1 e 2 de 2000 a 2002 no estado do Rio de Janeiro	95
Figura 9. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Distribuição da pontuação (%) alcançada pelos casos municipais selecionados por dimensões	98
Figura 10. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Distribuição da pontuação (%) alcançada pelos casos municipais no contexto externo, dimensão e subdimensões.	99
Figura 11. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Distribuição da pontuação (%) alcançada pelos casos municipais no contexto organizacional, dimensão e subdimensões.	100
Figura 12. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Distribuição da pontuação (%) alcançada pelos casos municipais na implementação, dimensão e subdimensões.	101
Figura 13. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Distribuição da pontuação (%) alcançada pelos casos municipais na efetividade, dimensão e subdimensões.	102

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro1. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Matriz de Avaliação do Contexto Externo	51
Quadro2. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Matriz de Avaliação do Contexto Organizacional	55
Quadro3. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro – Matriz de Avaliação do Nível de Implementação	60
Quadro4. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro –Matriz de Avaliação – Efetividade	65
Quadro5. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro –Matriz de Resultado	68
Tabela 1. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal por BCG nos casos 1 e 2 de 2000 a 2004.	80
Tabela 2. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal por Hepatite B nos casos 1 e 2 de 2000 a 2004.	82
Tabela 3. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal por poliomielite nos casos 1 e 2 de 2000 a 2004.	84
Tabela 4. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal para tetravalente nos casos 1 e 2 de 2002 a 2004.	86
Tabela 5. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal para tríplice viral nos casos 1 e 2 de 2003 a 2004.	88
Tabela 6. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal para DPT nos casos 1 e 2 de 2000 a 2002.	90
Tabela 7. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal para HiB nos casos 1 e 2 de 2000 a 2002.	92
Tabela 8. Avaliação das ações de imunização da PPI ECD no estado do Rio de Janeiro-Cobertura vacinal para Sarampo nos Casos 1 e 2 de 2000 a 2002.	94

Resumo

O trabalho teve como objetivo realizar uma avaliação do processo de implantação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI ECD) no estado do Rio de Janeiro, tendo como condição traçadora as ações de Imunizações, relativas aos imunizantes do calendário vacinal infantil.

Para esta avaliação, foi utilizado o REM (Método Rápido de Avaliação). Para operacionalizar o REM foi utilizado um estudo de casos múltiplos em 2 municípios, Casos 1 e 2, com unidades de análise incorporadas, realizado no estado do Rio de Janeiro.

Os dados foram coletados de várias fontes, de sistemas de informação do Programa de Imunizações e de dados primários, coletados nas unidades de saúde dos municípios estudados e através de entrevistas a informantes-chaves e usuários. Como principais resultados tem-se que a PPI ECD encontra-se implantada, no que concerne à ação traçadora, ainda que de forma diferenciada nos dois (2) municípios analisados, situados em macro regiões geográficas próximas, de características sociais semelhantes. O modelo revelou-se adequado para avaliar a implantação das ações, e foi também eficaz para avaliar o grau de satisfação dos usuários. No Caso 1, verificou-se que as ações de Imunização estão implantadas adequadamente, todas as unidades de saúde do município realizam ações de vacinação, embora só duas unidades façam aplicação de BCG. Têm vacinadores bem treinados, insumos disponíveis e rede de frio funcionando adequadamente. A integração com o Programa de Saúde da Família (PSF) é boa, havendo envolvimento da equipe para as ações de vacinação, inclusive para a busca de faltosos. No que se refere ao atendimento, o grau de satisfação dos usuários é alto, a espera para o atendimento é pequena, e quase não há filas. As coberturas vacinais são alcançadas em alguns dos anos avaliados para as vacinas, especialmente para o BCG, que não é feita na maternidade, pois só há uma maternidade privada.

No Caso 2 as atividades de Imunização estão implantadas parcialmente, com algumas dificuldades no que se refere à treinamento de vacinadores, e à disponibilidade de insumos, como vacinas, seringas, caixas térmicas e até a cartões espelho, estes últimos inexistentes no município, o que comprometeu sobremaneira a busca de faltosos. A rede de frio é insuficiente para atender a demanda, e nem todas as Unidades de Saúde realizam atividades de vacinação. A cobertura do PSF é pequena, e a integração com o Programa de Imunizações é tênue, não havendo resgate de faltosos. O BCG não é feito na única maternidade pública do município, por falta de geladeira e de profissionais treinados. O grau de satisfação dos usuários é razoável, mas não existe acolhimento, apesar de relatarem um bom trabalho dos vacinadores.

Abstract

This work has made a valuation of the establishment process of integrated epidemiology programs and control of diseases in the state of Rio de Janeiro (PPI ECD), having as a condition the immunization actions, related to immunizing vaccines from the children's calendar.

For this valuation, it was used the method REM (Rapid Evaluation Method). To operate the REM it was used various case studies (municipalities) with unites of analysis incorporated in the state of Rio de Janeiro.

The data was collected from various sources, from information systems of Immunization Programs and from primary data, collected at the health unites from the municipalities studied and through interviews to key informers and users. As main results it was found the PPI ECD is implemented, according to the outlined action, even if in a different way in the two evaluated municipalities, located in near geographic macro regions, with similar social characteristics. The model was revealed adequate to evaluate the implementation of actions and it was also efficient to evaluate the satisfaction level of users, which was different in the two municipalities evaluated (cases 1 and 2).

In case 1, it was verified that the Immunization actions are implemented adequate; all Health Unites from the location do vaccination actions, although only two unites do BCG application. The vaccine givers are well trained, input available and acclimatization works properly. The integration with the Family Health Program (PSF) is good, having the staff getting involved with the vaccination actions, including the search for those who are absent for the vaccines. Regarding the attendance, the satisfaction level of users is high, the waiting time is small, and there is hardly any queue. The immunization coverage is good among the evaluated vaccines, specially for BCG, which is not done in the maternity, because there is only one private maternity.

In case 2 the immunization activities are implemented partially, with some difficulties regarding the training of the vaccine giver, and the availability of input, such as vaccines, syringes, thermal boxes and vaccine cards which stay at health unites, the last ones did not exist at all in the municipality, which compromised the search of those who were absent for the vaccines. The acclimatization is insufficient to the demand, and not all health unites do vaccination activities. The cover for PSF is small, and the integration with immunization programs is tenuous, not being able to recall the absents for vaccination. BCG is not done in the only private maternity of the municipality, for lacking fridge and trained professionals. The satisfaction level of users is reasonable, but there is not a warm attendance, although it was reported a good job from the attendants.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde), compreende todas as ações e serviços de saúde das esferas federal, estaduais e municipais, e do Distrito Federal, bem como os serviços privados de saúde contratados ou conveniados.

Os objetivos do SUS¹ são proporcionar acesso universal, igualitário e integral à saúde da população brasileira. Para atingir esse propósito é regido pelos princípios da regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos.

O financiamento do SUS¹ é baseado nos recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Constituição Federal, art. 195 e 198 e Lei 8080/1990, art. 31 e 32). A sua regulação é definida pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) com a definição de estratégias que orientam e disciplinam a operacionalização do SUS, e redefinem as responsabilidades de cada esfera de governo. O objetivo é a gestão de um sistema que atenda não só a demanda das pessoas pela assistência à saúde, individual ou coletivamente, mas também as exigências sanitárias ambientais. As NOB instituem mecanismos de repasse financeiro fundo a fundo com o objetivo de dar suporte à descentralização de ações de saúde. Além disso, estabelecem pré-requisitos para que Estados, Distrito Federal e Municípios recebam os recursos, e classificam essas instâncias conforme seu nível de capacidade de gestão do sistema de saúde local ou regional.

O modelo da medicina com foco na atenção à saúde sempre priorizou as questões voltadas à recuperação da saúde, a chamada área assistencial, ficando a área de

epidemiologia e controle de doenças à espera de decisões mais específicas e priorização política.

Em 1999, uma série de discussões envolvendo o Ministério da Saúde, a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, o Colegiado de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e o Conselho Nacional de Saúde – CNS, viabilizou a aprovação das responsabilidades e requisitos na área de Epidemiologia e Controle de Doenças (Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida em 09 e 10 de junho de 1999). Em decorrência deste intenso processo de discussão, foi publicada a Portaria MS/GM n.1399 de 15 de dezembro de 1999 ², que finalmente regulamentou a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, definindo toda a sistemática de financiamento. Esta Portaria também definiu, que as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças seriam desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada (PPI), elaboradas a partir de ações, parâmetros e metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde através da FUNASA, para cada estado.

O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD foi decisivo e importante, por permitir a efetiva inclusão da área de epidemiologia na agenda dos gestores dos sistemas de saúde na medida em que estabeleceu na NOB SUS 01/96 a possibilidade da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios, destinados ao custeio das ações de epidemiologia e controle de doenças, sob três formas de repasse. ²

- Transferência Regular Automática Fundo a Fundo:
- Remuneração por Serviços Produzidos;
- Transferência por Convênio.

Complementando a Portaria 1399 foi publicada a Portaria 950, de 23 de dezembro de 1999³, estabelecendo os tetos financeiros e contrapartidas para todas as unidades da federação, para execução das ações de epidemiologia e controle de doenças, que abrange a notificação e investigação das doenças de notificação compulsória, o monitoramento da água de consumo humano, a alimentação dos sistemas de informação como o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), o SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), o SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), SI-API (Sistema de Informações e Análise do Programa de Imunizações), SISMAL (Sistema de Informações de Malária) e o SISFAD (Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue), como também o controle de agravos (malária, dengue, esquistossomose, leishmaniose visceral, Doença de Chagas, tuberculose, hanseníase, dentre outros).

Desde então o Ministério da Saúde estabelece anualmente as ações e metas a serem desenvolvidas por estados e municípios, respeitadas as especificidades dessas esferas, tendo como base fundamental a análise da situação epidemiológica de cada agravo.²

Devido a mudanças na organização e adequação das políticas públicas de saúde dentro do Ministério da Saúde foi revogada a Portaria n.1399, e publicada a Portaria n.1.172/04, de 15 de junho de 2004. A Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) passou a ser denominada de Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS, para se adequar aos pressupostos técnicos e políticos contidos na Portaria Ministerial n.1.172/04⁴, que propõe ações e metas que visam fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tendo como premissa básica o aumento da capacidade de estados e municípios assumir as atividades de notificação, investigação e confirmação laboratorial, imunização,

sistemas de informação, vigilância ambiental em saúde e ações básicas de vigilância sanitária.

A PPI ECD reforça os compromissos assumidos entre o Ministério da Saúde e os demais gestores do SUS (Secretários Estaduais e Municipais de Saúde), na área de epidemiologia e controle de doenças, para que possam ser objeto de efetiva programação e responsabilização conjunta, já que o processo prevê que o pacto seja encaminhado para análise e aprovação da CIB, fórum que referenda o compromisso assumido pelos gestores. No presente trabalho, adotaremos a denominação de PPI ECD, pelo fato do marco inicial ser em 1999, quando esta terminologia era adotada.

À esfera federal compete a normatização e coordenação nacional das ações. Cabe ao estado a coordenação, supervisão, normatização complementar ao Ministério da Saúde, e execução de ações quando o município não possuir condições e/ou ainda não estiver certificado. E aos municípios cabe a execução das ações de epidemiologia e controle de doenças². O acompanhamento do processo e dos resultados da PPI ECD pelos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde é importante na medida em que incorpora e garante o controle social, fundamental para que a população acompanhe a aplicação de cada real gasto.

As ações previstas na PPI ECD são objeto de financiamento pelo Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)², e estão em consonância com as políticas e planos governamentais, como o Plano Plurianual e o Projeto VIGISUS, dentro do Ministério da Saúde. Essas ações deverão propiciar o cumprimento das metas do Plano Plurianual¹⁷ e de acordos internacionais na área de saúde, que propõem alcançar objetivos importantes para a melhoria da saúde dos brasileiros, onde se destacam:

- Reduzir a incidência do dengue e impedir a reurbanização da febre amarela, através do controle do *Aedes aegypti* e vacinação da população;
- Controle da tuberculose;
- Eliminação da hanseníase;
- Reduzir a incidência da malária;
- Erradicar o sarampo;
- Eliminar o tétano neonatal e a raiva humana transmitida por animais domésticos;
- Manter erradicada a poliomielite;
- Manter sob controle as demais doenças imunopreveníveis.

Esta política de descentralização definiu repasse regular e permanente de recursos² para que estados e municípios assumam e implementem as ações de epidemiologia e controle de doenças, inclusive de doenças transmitidas por vetores, historicamente executadas pela esfera federal. A idéia é que este modelo permita uma maior rapidez nas ações de notificação, investigação e confirmação dos agravos, na medida em que permite uma maior gestão municipal e estadual dos recursos.

Com a descentralização, cada estado apresenta metas anuais estabelecidas para o controle de doenças, definidas pelo Ministério da Saúde de acordo com a realidade regional e indicadores epidemiológicos compatíveis com as metas nacionais².

Com a medida, os fluxos de transferência de recursos ficaram mais ágeis, já que são feitos Fundo a Fundo, e não mais através de Convênios. Além de transferir os recursos, o Ministério estabelece diretrizes, metas e atividades, anualmente, e assessora tecnicamente os estados e municípios.

Anualmente, o Ministério da Saúde, hoje através da Secretaria de Vigilância em Saúde, envia as metas a serem pactuadas para os estados, que por sua vez pactuam com

os municípios (por vezes com a intermediação de Regionais de saúde), o cumprimento das metas².

A Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI ECD) trouxe consigo a necessidade de avaliar o impacto do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) na melhoria das ações desenvolvidas por estados e municípios. Para isto constituiu-se em 2003, um grupo de 20 técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde, com cinco referências macro-regionais, que ficou responsável pelo acompanhamento da PPI ECD em todo o país. Este grupo tem como meta (incluída no Programa Anual de Trabalho da SVS) monitorar todas as Unidades Federadas duas vezes ao ano, e as capitais e municípios acima de 100.000 habitantes uma vez ao ano. Este grupo tem interface com o apoio à gestão descentralizada do SUS, atividade desenvolvida pelo DAD/SE/MS (Departamento de Apoio à Descentralização / Secretaria Executiva/Ministério da Saúde).

A proposta pela SVS da criação de um instrumento para ser usado no monitoramento das ações de epidemiologia e controle de doenças surgiu da constatação de que era necessária a padronização de indicadores e de um modelo a ser usado em todas as unidades da federação, e também pela inviabilidade de se proceder a uma avaliação das metas pactuadas em sua totalidade (em torno de 100 metas na primeira pactuação) a cada momento de ida aos estados e municípios para supervisão

Desta forma, optou-se pela discussão com as áreas técnicas da Secretaria de Vigilância em Saúde que tinham metas constantes no pacto, com a finalidade de se proceder a uma seleção de ações/ metas tidas como prioritárias, e que de certa forma refletissem o grau de atingimento das metas como um todo. Assim, do bloco de notificação, por exemplo, no lugar de se avaliar 6 ou 7 metas, foram selecionadas 2, que pelo seu poder de discriminação, pudessem estar cumprindo o papel de mostrar como se comportam as ações de notificação dos agravos de notificação obrigatória. A mesma

estratégia foi usada para os blocos de investigação de doenças, de confirmação laboratorial, de vigilância ambiental, de vigilância e controle de vetores, de investigação de óbitos maternos, de imunizações, de sistemas de informação, de divulgação de informações epidemiológicas e de supervisão da PPI ECD.

Este instrumento foi denominado “Roteiro de Monitoramento da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças”⁵ e foi concebido para ser utilizado no monitoramento das Unidades Federadas e nos municípios. Segue a lógica do pacto da PPI ECD, mas com um número menor de ações a serem avaliadas.

Este roteiro de acompanhamento foi aplicado como piloto no Estado do Rio de Janeiro, e em mais 4 municípios do estado em agosto de 2003, e a partir desta data, tem sido usado de forma sistemática em todos os estados e municípios definidos para serem avaliados. Vale ressaltar que o instrumento sofreu as adequações necessárias para sua utilização em 2004, no que concerne à incorporação das novas ações / metas constantes na PPI 2004 e também sofreu as adequações necessárias em 2005.

A aplicação do roteiro permite uma avaliação da área de Vigilância em Saúde na esfera de governo monitorada, possibilitando uma estratificação em relação ao cumprimento das metas da seguinte forma:

Excelente: $\geq 90\%$ das metas cumpridas

Muito bom: $\geq 80\% < 90\%$ das metas cumpridas

Bom: $\geq 70\% < 80\%$ das metas cumpridas

Regular: $\geq 60\% < 70\%$ das metas cumpridas.

Ruim: $< 60\%$ das metas cumpridas.

Esta pontuação dada a estados e municípios é utilizada para o acompanhamento do desempenho no que concerne ao alcance de metas, e é divulgada anualmente pela SVS em reuniões e periódicos (embora sem nominar estados e municípios, para não caracterizar o resultado do monitoramento em forma de “*ranking*”) e é usada pelas

áreas técnicas para elaborar o pacto de metas a cada ano, de acordo com a avaliação do que é factível de ser cumprido e também, de ser avaliado

O Relatório é encaminhado para as Diretorias da SVS e Gestores e o acompanhamento dos desdobramentos e compromissos é feito pelas áreas técnicas da SVS⁵. Além dos aspectos técnicos, o roteiro de acompanhamento contempla também a área administrativo-financeira, com aspectos relevantes, relativos à utilização do teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças (TFECD).

2. JUSTIFICATIVA

Existe a necessidade do processo de avaliação, pois os instrumentos / indicadores usados atualmente atendem ao processo de monitoramento, que se entende como contínuo, mas esbarra na impossibilidade de estender o olhar para outras variáveis que possam estar interferindo no alcance das metas da PPI ECD, como um todo, mais especificamente nas de imunizações, que são aquelas que se pretende avaliar. A escolha no estudo das ações de Imunizações como condição traçadora deve-se ao fato da relevância que estas ações têm na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, de fazerem parte de pactos como o Pacto da Atenção Básica) a PPI ECD, e de serem metas avaliáveis no Projeto VIGISUS. Como este estudo pretende avaliar o grau de implantação das ações da PPI ECD, deve-se ressaltar que as ações de Imunizações fazem parte do conteúdo do pacto desde sua primeira versão, em 2000. Nas primeiras pactuações, quase todos os imunizantes constavam como metas a serem pactuadas, inclusive as Campanhas de Vacinação. Nas PPI ECDs que se seguiram, foi observada a necessidade de diminuir o número de ações em todas as áreas, tendo-se a cautela de selecionar ações/metastas que tivessem, pela sua abrangência e/ou caráter traçador, capacidade discriminatória. Seguindo esta diretriz, na PPI ECD 2005, apenas 5 imunizantes fazem parte do bloco de Imunizações e só as vacinas que fazem parte da rotina de crianças menores de 1 ano e de 1 ano.

O Roteiro de monitoramento da PPI ECD⁵ utilizado pelo Ministério da Saúde desde 2003 atende a necessidade desta abordagem quantitativa, de avaliar homogeneidade de coberturas vacinais de estados, e coberturas vacinais de municípios, mas não avança para uma abordagem qualitativa do processo de vacinar crianças.

Pretende-se neste estudo avaliar se a PPI-ECD está realmente contribuindo para a implementação das ações de Vigilância em Saúde, utilizando-se uma abordagem quanti-qualitativa. Ou seja, implantar um modelo que permita não apenas um

monitoramento de resultados e metas cumpridas, mas também um olhar mais abrangente para avaliar se o que foi pactuado é factível de ser cumprido, quais os entraves, e onde estão eles - entraves políticos e/ou técnicos e/ou organizacionais?

Desta forma, o presente trabalho pretende realizar uma avaliação do processo de implantação/ implementação da PPI ECD, tendo como metas a serem avaliadas as ações do bloco de imunizações, no estado do Rio de Janeiro, numa série histórica de 5 anos, tendo como marco temporal de início da análise o ano de 2000 (ano do primeiro pacto) a 2004. Foram selecionados para o estudo, os imunizantes que fazem parte atualmente do calendário vacinal básico de crianças menores de 1 ano, a BCG, a Hepatite B, a tetravalente, e a antipoliomielite, e a tríplice viral, aos 12 meses, e além dessas, a DPT, a Hib e a anti-sarampo¹⁶. Importante destacar que além de analisarmos as vacinas do calendário vacinal atualmente usado na rotina, no estado do Rio de Janeiro, como a temporalidade da análise estende-se por 5 anos, e algumas destas vacinas tiveram introdução e/ou modificação nestes últimos 3 anos, em alguns anos serão avaliadas, por exemplo, tríplice bacteriana (DPT) + anti haemophilus (Hib), antes de esta ser substituída pela tetravalente, que incorporou os 2 imunizantes e anti-sarampo, quando esta era dada isoladamente, sem os componentes da caxumba e da rubéola. Todos estes detalhes do estudo serão descritos na metodologia e comentados nos resultados. Não serão considerados os dados de campanha de multivacinação.

Além disto, complementando a justificativa da escolha das ações de imunizações como elemento de análise neste estudo, elas são há muito tempo já descentralizadas para municípios, de modo que o “saber municipal” no que concerne a “vacinar crianças” é consolidado na esfera municipal, provavelmente a mais consolidada de todas as ações que a PPI ECD pretende avaliar.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Avaliação

As avaliações que se fazem de forma sistemática e com métodos definidos são relativamente recentes e vieram junto com o crescimento e o aperfeiçoamento dos métodos de pesquisa social, fruto das mudanças ideológicas, políticas e demográficas ocorridas no século, de acordo com Rossi & Freeman ⁶.

Contudo, desde 1930, existiam cientistas sociais que defendiam a aplicação de métodos rigorosos de pesquisa social para avaliar programas. Não existe consenso a respeito do conceito de avaliação e citaremos a seguir várias definições, dos mais variados autores, de várias áreas do saber, para ilustrar a multiplicidade de conceitos.

“Avaliação é um pronunciamento sobre a efetividade de algum tratamento ou plano.” ⁷.

“Avaliação é uma aplicação dos procedimentos de pesquisa social na determinação da conceitualização, desenho, implantação e utilidade de programas de intervenção social”. ⁶

“Avaliação de programa é a coleta sistemática de informação sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de pessoas específicas, para reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo e resultando” ⁸.

“Avaliação é um processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos. Consiste em um exame crítico dos valores explícitos de uma política, para saber se continuam congruentes com os objetivos previstos.” ⁹

“Avaliação é um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos. É uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem. É um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.”¹⁰

Embora não haja consenso quanto ao conceito de avaliação, no presente estudo destacaremos a definição de Contandriopoulos¹¹,

”Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

O processo de avaliação consiste essencialmente em tentar responder a questões relativas a uma intervenção. Pode-se estar querendo avaliar os efeitos da intervenção, ou o seu processo.

Alguns atributos de verificação devem estar presentes numa avaliação¹². São eles:

- Coerência: os objetivos são coerentes com o processo de trabalho?
- Alcance: os objetivos atendem ao momento social e político que vivemos?
- Eficácia: os efeitos da política estão de acordo com seus objetivos?
- Eficiência: os recursos destinados à política ou programa estão sendo bem utilizados?
- Efetividade: os efeitos da política ou programa estão tendo um impacto positivo na comunidade?
- Pertinência: os objetivos estão em consonância com a natureza dos problemas que se deseja resolver?

Como podemos depreender dos atributos acima listados, a eficiência diz respeito a questões financeiras, de custo-benefício dos programas ou de políticas, qualidades que em geral na área da saúde tendem a ficar em segundo plano numa avaliação (exceção

feita às avaliações “encomendadas” por agências internacionais, que tem necessidade de saber da aplicação de cada real gasto, se esta foi adequada ou não).

A avaliação pode ser normativa (quando pressupõe a aplicação de critérios e ou normas) ou pode ser denominada pesquisa avaliativa (quando é feita a partir de um conhecimento científico).

Os objetivos da avaliação podem ser:

- Estratégicos: quando ajudam no planejamento e na elaboração de uma intervenção
- Formativos: quando no processo de avaliação, este fornece informações que podem melhorar o desempenho da intervenção.
- Somativos: os efeitos da intervenção são avaliados no sentido de orientar se a mesma deve ser mantida ou não
- Fundamental: contribui para o fomento do conhecimento.

A avaliação pode ser destinada aos formuladores de política, aos gestores, aos técnicos, e à população.

Monitoramento versus Avaliação

Existem algumas diferenças básicas entre monitoramento e avaliação, que devem ser ressaltadas neste estudo.

O monitoramento acompanha o funcionamento rotineiro de um programa e seus resultados esperados. Nos dá informações de custo do programa, e pode responder a uma pergunta avaliativa específica.

A avaliação pressupõe um julgamento de valor ou de pertinência de um programa, e usa uma abordagem teórica, que deve explicar a relação causa e efeito. Fornece informações que podem contribuir para a melhoria do programa e subsidia decisões gerenciais.

A terminologia utilizada no monitoramento e na avaliação é semelhante e envolve conceitos de insumos, atividades, produtos e resultados, que descreveremos a seguir:

Insumos: são todos os recursos usados no programa. Podem ser de natureza financeira, humana ou material. Exemplos de insumos num Programa de Imunizações são vacinas e seringas, vacinadores, e recursos para se adquirir vacinas e para treinar vacinadores.

Atividades: são os procedimentos do Programa destinados a obter os resultados. No caso de Imunizações, exemplo de atividade é a vacinação de crianças para se obter boas coberturas vacinais.

Produtos: são as conseqüências diretas das atividades de um programa. Por exemplo, um produto esperado num Programa de Imunizações é o número de crianças de 1 ano vacinadas para a vacina tríplice viral, por exemplo.

Resultados: são os efeitos de todo o processo de trabalho num programa. Em Imunizações, exemplos de resultados são coberturas vacinais adequadas em menores de 1 ano para uma determinada vacina.

Impactos: são os efeitos acumulados de um programa. O impacto é difícil de mensurar, pois quase nunca é atribuído a uma única intervenção. Costumam ser o resultado de várias intervenções, ou ainda de vários programas. Exemplo de impacto em Imunizações é a diminuição da incidência do sarampo, por exemplo, se o que se está avaliando é a vacina tríplice viral, que imuniza contra sarampo, caxumba e rubéola.

Num monitoramento de insumos e produtos num Programa de Imunizações, o que vai ser acompanhado é o número de vacinas aplicadas, por exemplo.

No mesmo Programa, numa avaliação de processo, este monitoramento de doses aplicadas é complementado com uma visão explicativa, que possibilite ter uma idéia do contexto organizacional, e em que medida este poderá estar afetando o processo de trabalho. A avaliação coleta dados que falam da diferença porventura existente entre o pretendido e o ocorrido, e responde a questões a respeito do grau de implantação da intervenção, no caso do Programa de Imunizações, vacinação de crianças menores de 1 ano para Hepatite b, por exemplo. Pode responder também sobre o grau de acesso de

uma população a determinadas vacinas, por exemplo. E, se o acesso é dificultado, ou não é homogêneo, que pontos de estrangulamento são estes.

Ainda contextualizando as diferenças entre monitoramento e avaliação, abordaremos a questão dos resultados.

Vistos pela ótica do monitoramento, os resultados de um Programa de Imunizações são o acompanhamento das coberturas vacinais num determinado período de tempo, por exemplo, a cobertura vacinal para Hepatite B no estado X, de 2000 a 2004.

À luz da avaliação, os resultados do programa devem responder a questões do tipo: a vacinação contra Hepatite B alcançou coberturas adequadas no estado X? O processo de trabalho está adequado às normas? Há homogeneidade (coberturas vacinais adequadas em pelo menos 70% dos municípios do estado?). Se a resposta for direcionada para um grau de implantação baixo para as ações de imunizações, a avaliação deverá apontar quais são as dificuldades e de que natureza são elas.

No que concerne ao impacto, o monitoramento e avaliação devem acompanhar as coberturas vacinais para tríplice viral, por exemplo, e avaliar se as coberturas vacinais alcançadas podem explicar a diminuição da incidência de casos de sarampo no estado X. A intervenção que se quer avaliar é a vacinação contra sarampo, caxumba e rubéola, e o efeito esperado é a diminuição no número de casos destes agravos imunopreveníveis.

Pretende-se, neste projeto, como complemento ao monitoramento da PPI ECD, avaliar algumas questões relativas a uma intervenção, que é o programa de imunizações e, seus efeitos, que tem como indicadores coberturas vacinais e em última análise, crianças protegidas para determinadas doenças infecciosas.

A avaliação de políticas públicas e a avaliação de programas possuem diferenças. Em princípio, avaliação de programas refere-se a uma seqüência de ações

limitadas no tempo e define meios e objetivos. A avaliação tende a parecer mais simples no caso de ações individualizadas, quer sejam de programas de saúde ou de regulação. A avaliação de políticas de saúde pressupõe um conjunto de programas e procedimentos, e tem um espectro bem mais amplo que a avaliação de um programa.

3.2 Modelos Rápidos de Avaliação e REM

Uma avaliação rápida pressupõe um método que vise uma pronta resposta para mensurar a implementação de uma intervenção ¹³

Os modelos rápidos tiveram sua origem em disciplinas como a antropologia, a economia, e outras, e foram adaptados para o uso nas Ciências da Saúde.

Vários métodos rápidos de avaliação são conhecidos, mas todos se baseiam em vários tipos de coletas, uma matriz de avaliação e uma matriz de julgamento. Destacamos abaixo alguns deles:

REM - Rapid Evaluation Method (Método de Avaliação Rápida)

RARE - Rapid Assessment Response and Evaluation (Avaliação Rápida e Pronta Resposta)

RAP – Rapid Assessment Methods or Approach

RAC- (Research Action Capacity-building)

RRA - (Rapid Rural Appraisal).

Os modelos rápidos possibilitam a coleta de dados através de várias fontes, o que permite o cruzamento das informações, e fortalece a validade interna.

Qualquer metodologia de avaliação rápida tem alguns pressupostos básicos, quais sejam:¹³

- São projetadas para serem realizadas numa temporalidade curta.

- Devem identificar intervenções eficazes e de baixo custo, factíveis de adoção imediata e que tenham sustentabilidade local.
- Devem identificar pontos positivos e negativos da intervenção que está sendo avaliada.
- As intervenções propostas devem visar à mudança dos comportamentos mais vulneráveis
- Devem fornecer informações confiáveis sobre o desempenho dos serviços, de modo a fortalecer a gerência do programa que se está avaliando.
- Os métodos de avaliação podem ser modificados e adequados a qualquer comunidade, grande ou pequena, rural ou urbana,
- Os parâmetros usados vão variar de acordo com o local, o momento, a população, e o objetivo do estudo.
- O produto final deve ser um instrumento de avaliação / gerência que possa ser usado e/ou adaptado seu uso em outros níveis do sistema, sem recursos adicionais, e utilizando-se o saber local.

Os métodos rápidos de avaliação podem auxiliar na avaliação de problemas, riscos e danos, nos recursos disponíveis para intervir junto a estes problemas, nos fatores que impedem ou facilitam a implementação de uma intervenção, ou ainda para mensurar o efeito de uma intervenção.

São princípios básicos dos métodos rápidos:

- a rapidez
- o uso de múltiplas fontes
- a avaliação do custo-efetividade

A coleta de dados nestes modelos combina métodos quantitativos e qualitativos, colhidas de várias fontes, utilizando-se um processo denominado de triangulação, pilar fundamental do estudo de caso.¹³

Cabe ressaltar que não obstante utilizar-se vários métodos de coleta, várias fontes de evidência e vários métodos epidemiológicos, o objetivo é um só, uma única resposta à intervenção que se deseja avaliar. Algumas das vantagens dos métodos rápidos dizem respeito à:

- rapidez
- reprodutibilidade
- baixo custo
- fácil aplicação

Os métodos rápidos pressupõem na sua metodologia uma fase preparatória, uma análise de processo e resultado, a discussão, e a fase final, de conclusões e recomendações.

O RAP (Rapid Assessment Methods or Approach) tem sido usado com sucesso em muitos países da África, como a Nigéria, Zaire, Quênia e Somália, para avaliação de Programas de Imunização (Simi Afonja)¹⁴ . Na Nigéria, Gana, Quênia e Lesotho foi utilizado para avaliação de programas de planejamento familiar.

O RAP tem sido considerado um fenômeno na África, por conta do seu uso diverso, nas Ciências da Saúde, na agricultura, e nas Ciências Sociais. É considerada uma metodologia holística, que se propõe a incorporar vários níveis de dados dentro do processo. O método pode coletar dados através de várias fontes, tais como entrevistas formais, informais, observações pessoais, e grupos de discussão focais .

O grande uso do RAP na África tem sido na área de cuidados básicos de saúde. Outras áreas também usam o método , como a nutrição, IEC (Informação, Educação, e Comunicação em Saúde),hanseníase, e mortalidade infantil. Pesquisas acadêmicas

sobre malária, deficiência de ferro em gestantes, e hanseníase têm usado o método com sucesso.¹⁴

Importante salientar que o sucesso do método depende em parte da extensão do seu uso, e mais ainda, do quanto ele possa continuar dando respostas rápidas e eficazes .

O uso ainda limitado desta metodologia reside no fato de que em geral só grandes agências de desenvolvimento incorporaram seu uso ¹⁴

Modelo Rápido de Avaliação (REM)

O REM (Rapid Evaluation Method ou Modelo Rápido de Avaliação) foi desenvolvido pela OMS (Organização Mundial de Saúde) na década de 90, para avaliação de serviços de saúde e identificação de problemas operacionais, naqueles casos em que se necessitava de um diagnóstico rápido, para intervenções precoces. Ele foi testado em 5 países em desenvolvimento, Botswana, Madagascar, Nova Guiné, Uganda e Zambia, entre 1988 e 1991.

O REM incorpora as contribuições do Rapid Epidemiologic Assessment(REA)e do Rapid Assessment Procedure (RAP), constituindo uma mescla de abordagens quanti-qualitativas .

O Modelo foi utilizado para avaliação do Programa Materno Infantil, e na África do Sul, para avaliação da tuberculose. Este método tem sido utilizado também nas Ciências Sociais e Econômicas .

O REM é especialmente indicado para aqueles estudos onde se precisa uma resposta rápida e uma das principais vantagens é poder se trabalhar com uma amostra de tamanho pequeno. A amostra não precisa ser de tamanho “ significativo “ pois o que se quer , em ultima análise, é uma resposta rápida para tomada de decisão..

O Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saude/ SVS) utilizou este método, o REM , junto com outros modelos rápidos, como o RAP, o RARE, no Projeto VIGISUS, para aumentar o rendimento do Modelo Lógico de Avaliação nos Programas de Controle da tuberculose, dengue , hanseníase e malária .Desta forma, é um modelo já testado na Saúde Pública, mais especificamente no campo da Vigilância em Saúde.

Uma das vantagens deste método é permitir que quem está desenvolvendo o trabalho se envolva na avaliação , condição importante para o tipo de estudo que se pretende desenvolver.

O REM tem como objetivo dar respostas rápidas e informações relevantes aos planejadores, para subsidiar a tomada de decisões. Na Guatemala, por exemplo, o REM foi utilizado em 1991 durante uma epidemia de cólera , para avaliar os protocolos de atendimento médico e a terapia de reidratação oral. O estudo conseguiu identificar erros na classificação clínica do grau de desidratação dos doentes, o que por vezes induzia a tratamentos inadequados. A resposta foi um treinamento rápido, em forma de oficina de trabalho , onde mães foram esclarecidas quanto aos sintomas da desidratação e aprenderam a reconhecer os sinais de alerta numa desidratação grave. Além disto, novos protocolos de atenção ao doente com cólera foram apresentados à rede de saúde, e houve treinamento dos médicos e enfermeiras .

Em países da África sub-saariana , como Tanzânia e República dos Camarões, o REM foi utilizado com o objetivo de desenvolver e implantar protocolos para programas de prevenção e controle de diabetes , hipertensão, asma e doenças coronarianas .Além do seu uso na área da atenção médica, o REM também já foi utilizado para avaliar a satisfação do usuário de saúde.

Na metodologia do REM , a própria equipe de trabalho decide os níveis de serviços a serem investigados, cria os instrumentos para a coleta de dados, e no final

pode apresentar os achados por exemplo, num seminário regional, para que se desenhe um plano de ação para o evento que se está avaliando.

O REM possibilita a coleta e avaliação de evidências, identifica pontos positivos e/ou negativos nos diversos programas e propõe intervenções práticas e eficazes. A metodologia de avaliação rápida é projetada para ser realizada em tempo gerencial, e racionalizar custos com sustentabilidade local. Os métodos de avaliação utilizados no REM são baseados na epidemiologia, etnografia e pesquisas analíticas e podem ser modificados, adequando-se a qualquer comunidade: grande ou pequena, urbana ou rural, homogênea ou diversificada. Os parâmetros geográficos e culturais utilizados variam de local para local, de ocasião para ocasião, de assunto para assunto e de população para população.

No presente estudo os objetivos da aplicação desse modelo são:

a) fornecer informações confiáveis sobre o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças utilizando como traçadores as ações de Imunizações da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD);

b) verificar se os indicadores relativos a Imunizações utilizados na PPI-ECD têm capacidade de detectar os problemas da implementação;

c) prover às gerências um instrumento de avaliação/gestão para ser adaptado e utilizado em todos os níveis do sistema de saúde sem recursos adicionais utilizando-se a experiência local.

3.3 Estudo de Caso

O estudo de caso pode ser único ou múltiplo, e interessa neste tipo de estudo, a validade interna, menos que a possibilidade de generalização. No estudo de caso, é necessário frisar que a validade interna é dada muito mais pela profundidade de análise do caso que pelo número de unidades estudadas. Por isto, o tamanho da amostra não precisa ser grande. Quanto à validade externa, a generalização é dada pelo modelo teórico, e não pelo processo amostral. Este tipo de estudo é uma estratégia que pode ser aplicada quando for difícil diferenciar os efeitos produzidos por uma intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio de implantação¹⁵. É uma estratégia que procura estudar as variações dentro do sistema, isto é, as variações que se produzem naturalmente em um meio. O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa adequada quando as questões que se deseja avaliar estão inseridas em um contexto da vida real, e quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos. Ele é indicado ainda quando o número de variáveis de interesse excede o de unidades de observação. Uma avaliação com estudo de caso não é simplesmente a visita a um local. Também não é baseada em um ou poucos casos. É, na verdade, um método que se baseia no entendimento amplo, obtido através da extensa descrição e análise do caso como um todo e do seu contexto¹⁵

Há quatro modelos para a estratégia de estudo de casos¹¹:

- Caso único com um só nível de análise (holístico)
- Caso único com níveis de análise imbricados.
- Casos múltiplos com um só nível de análise.
- Casos múltiplos com níveis de análise imbricados.

Estes modelos diferem entre si pelo número de casos e também pelo número dos níveis de análise considerados. Nos estudos de caso com um só nível de análise estuda-se um evento ou uma situação, com profundidade, mas com um só nível de explicação para os processos observados¹⁵. Este modelo é adequado para descrever a dinâmica de uma organização ou o funcionamento de um programa, sem se deter nos componentes específicos do mesmo. Este desenho de estudo é apropriado quando a teoria subjacente ao estudo de caso é também, de natureza holística.

O estudo de caso múltiplo nos dá uma evidência mais completa do evento que se pretende estudar que o estudo de caso único, dando assim uma maior “robustez” à avaliação.

Quando nos referimos a níveis de análise imbricados, pressupõe-se a observação de diferentes níveis de explicação de um fenômeno¹⁵.

Este estudo se apropriará da metodologia de casos múltiplos com unidades de análise incorporadas.

No presente projeto o estudo de caso foi escolhido na metodologia por se adequar bem à análise de situações complexas, e por se desejar uma abordagem quali – quantitativa da ação que se quer avaliar, qual seja, as atividades de imunização.

Estudos de Avaliação

Neste item serão destacados estudos de avaliação de implementação de Programas e/ou intervenções que poderão agregar informações relevantes acerca do tema que esta dissertação aborda.

O estudo de Avaliação dos Programas de Controle da malária, dengue, tuberculose e hanseníase na Amazônia Legal¹⁶ discute um Modelo Lógico para avaliação de programas de processos endêmicos. O modelo geral foi desenvolvido adaptando-se o Modelo de Avaliação em Saúde Pública do CDC (Center for Diseases Control)

inserido no contexto de avaliação como ferramenta de gestão orientada por uma concepção teórico-metodológica .

Dada a amplitude dos agravos,e da extensão da região , o objeto do estudo foi a identificação e análise de algumas experiências bem sucedidas, em contraponto a outras não tão bem sucedidas , considerando-se vários contextos.

Buscou-se neste estudo mais que avaliar simplesmente o resultado ou o impacto, (prática comum nos julgamentos realizados nas décadas de 80-90),realizar uma avaliação do processo .Ressalta-se que atualmente as avaliações perseguem cada vez mais incluir aspectos explicativos do sucesso ou dos problemas dos programas, iluminando as relações que intermediam a causa e o efeito .

Neste estudo¹⁶, o modelo proposto voltou-se para uma avaliação holística do programa, considerando -se a efetividade o horizonte a ser alcançado, mas privilegiando no estudo a identificação das razões do sucesso ou do fracasso no processo de trabalho .

O estudo considerou quatro dimensões para a avaliação, o contexto externo, o organizacional, a implementação e a efetividade. No contexto externo foram considerados os determinantes dos agravos em suas dimensões de vulnerabilidade social e individual.

No contexto organizacional estariam a política de saúde e as estratégias, que influenciariam o grau de implantação do programa. É nessa dimensão que se recupera a diversidade do processo de descentralização, que tem permitido aos municípios assumirem as ações de controle das doenças endêmicas, através de financiamentos fundo a fundo, como o PAB e a PPI ECD.

A implementação mede o grau de implantação das ações e a efetividade mede a análise de desempenho , em que também é vista a satisfação do usuário.

O diferencial do modelo proposto no estudo¹⁶ é que os objetivos de longo prazo determinados para cada componente não serão avaliados enquanto resultados do programa, mas em sua coerência com a avaliação da implantação, potencializados ou limitados pelos aspectos de cada contexto .

Um segundo estudo, “O estudo de Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose na Amazônia Legal , em 2000”¹³ , utilizou a metodologia do Modelo Lógico de Avaliação, combinado com o Modelo Rápido de Avaliação (REM) , e realizou a análise de implantação do Programa usando um estudo de casos múltiplos. O objetivo principal do estudo foi avaliar a estratégia do incentivo financeiro para casos curados de tuberculose, diferenciada se o caso foi por tratamento auto-administrado , ou supervisionado. O componente inovador da intervenção considerado, foi , então, o incentivo financeiro.O pressuposto deste componente inovador seriam melhores resultados alcançados , principalmente na redução do abandono do tratamento.

A metodologia teve como primeiro passo elaborar o Modelo Lógico do Programa, em seguida o Modelo Lógico de Avaliação , tendo sido consideradas as seguintes dimensões : contextos externo, organizacional, de implementação e de efetividade.

Além do Modelo Lógico de Avaliação, utilizou-se também O Método de Avaliação Rápida (REM) , para orientar as diversas técnicas de coleta dos critérios e indicadores. O REM baseia-se na experiência acumulada através da avaliação de alguns programas e atividades da OMS ,que a recomenda como ferramenta de avaliação , como o objetivo de aumentar o rendimento de outros métodos, de aumentar a *performance* do programa e o envolvimento da comunidade . Este método (REM) não substitui outros métodos de coleta de informação, pelo contrário, complementa.

Os critérios e indicadores considerados neste estudo foram ponderados em consenso interno pela equipe e consultores, de maneira a permitir a construção de escores de qualidade das diferentes dimensões, constituindo-se a Matriz de Julgamento

Os pontos de corte foram arbitrários, considerando que um Programa, para alcançar o objetivo de redução de casos necessitaria de pelo menos, 70% das atividades implementadas.

Os principais achados da avaliação foram:

- O contexto externo parece influenciar em todos os outros níveis avaliados
- Não existe autonomia técnica, gerencial e financeira.
- Os programas estão implantados, mas a assistência é de baixa qualidade
- A cobertura real é insatisfatória, com concentração de doentes em poucas unidades de saúde.
- O livro de registro de casos notificados, do município, pode ser considerado o “padrão ouro”, tendo inclusive informações mais consistentes que o prontuário.
- Houve discordância entre as informações do livro de registro e o SINAN e o SIM.
- Não existe integração entre o contexto organizacional e a atenção básica
- O incentivo financeiro (componente inovador) não reverteu para o PCT (Programa de Controle da Tuberculose) nem para a atenção básica
- O contexto organizacional e o de implementação influenciaram o nível efetividade, com os melhores resultados obtidos nos municípios onde a coordenação era mais organizada, atuante, e onde havia maior cobertura do programa e a atenção básica em saúde treinada.

- O modelo utilizado , apesar de necessitar de alguns ajustes, permitiu avaliar o processo de trabalho das ações do Programa da Tuberculose , em todos os níveis, possibilitando um conhecimento de informações que na avaliação tradicional não são identificadas.
- Os usuários mostraram-se insatisfeitos, com o atendimento, devido à distancia de casa a unidade de saúde, a demora no atendimento e pela ausencia do profissional
- O incentivo financeiro foi subutilizado, em grande parte porque gestores e técnicos não sabiam da sua existência ou da maneira como usá-lo .

Outro estudo relevante para o tema que se aborda é “ A Avaliação da atenção a saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco “ ¹⁷, que analisa a atenção básica a criança, à luz da incorporação da Estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infancia (AIDPI) , usando o estudo de casos múltiplos, com níveis de análise imbricados. É uma pesquisa avaliativa, que avalia o grau de implementação da atenção a saúde da criança menor de 5 anos, tendo como efeitos a serem mensurados as hospitalizações por pneumonia e diarreia, e também a satisfação dos usuários.

O trabalho foi realizado em 2 municípios, e em unidades de saúde com graus de diferenciação (tradicionais, PSF, e com AIDPI implantado) . Como destaque nos achados , cabe ressaltar que nas áreas de PSF os resultados foram melhores , menos hospitalizações , maior satisfação dos usuários.

No que concerne à integração da atenção básica de saúde com outros níveis de atenção, esta foi considerada insatisfatória.

Estudos de Avaliação sobre Imunizações

Destacaremos alguns estudos e artigos sobre imunizações, que podem apontar aspectos relevantes no que concerne a avaliação das ações de vacinação, quer sejam de rotina, quer sejam de campanha.

Miranda et al.¹⁸ em 1991 avaliaram a cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade na área de abrangência de um Posto de Atenção Primária à Saúde, na periferia da Zona Norte de Porto Alegre, RS, Brasil, com a finalidade de melhorar a qualidade das ações de saúde desenvolvidas no serviço. Foram investigadas todas as crianças através de um inquérito domiciliar, observando-se as carteiras de vacinas e as informações da mãe. Em 1986, um inquérito inicial havia identificado uma cobertura vacinal inferior a 60% para cada uma das vacinas. As coberturas vacinais obtidas no estudo (doses comprovadas) para três doses da vacina DPT (Difteria, Pertussis e Tétano), três doses da Sabin (antipoliomielite), uma dose da anti-sarampo e uma dose de BCG eram respectivamente 87, 89, 88 e 79%. Apesar das altas coberturas observadas por tipos de vacinas, quando se verificou para cada criança se o esquema básico do primeiro ano de vida estava completo (3 doses de DPT + 3 doses de Sabin + 1 dose de anti sarampo + 1 dose de BCG), encontrou-se apenas 75% das crianças na citada situação. A cobertura vacinal foi heterogênea dentro do território, sendo maior naquelas áreas caracterizadas por piores condições socioeconômicas, onde a equipe de saúde havia intensificado esforços. A comparação com o método administrativo de avaliação de cobertura, realizado mensalmente, mostrou a não adequação desse, que subestimava a cobertura vacinal. Avaliou-se a situação vacinal das mães, para vacina antitetânica, e apenas 49% das crianças estavam protegidas contra o tétano neonatal.

Os dados obtidos subsidiaram a imediata reestruturação das ações do programa, com vistas a atingir uma cobertura vacinal de 100%, e melhorar a qualidade das ações de saúde prestadas pela equipe.

Este estudo procura demonstrar a importância da avaliação do processo de trabalho, e de estender o olhar para além da cobertura vacinal administrativa, que por vezes, não reflete a cobertura vacinal real. Revela ainda, a questão importante do acesso desigual à vacina, mesmo numa área de abrangência restrita a um Posto de Saúde.

Carvalho e Marzochi,¹⁹ em 1985, apresentam os resultados da avaliação de processo das atividades de vigilância epidemiológica, em 948 unidades de saúde situadas em 98 dos mais populosos municípios de cada Estado brasileiro. Foram analisados os seguintes aspectos: fluxo de informações, análise de dados e realização de investigação epidemiológica. Foram considerados potencialmente determinantes do desempenho: inserção institucional, atividades de vacinação, aspectos gerenciais e capacitação em serviço. A presença de atividades de vacinação nas unidades estava relacionada com um melhor desempenho em vigilância epidemiológica. O estudo demonstra a importância das ações de imunizações como condição traçadora da avaliação da vigilância epidemiológica no país.

Silva et al,²⁰ em 1994, relatam a identificação da cobertura vacinal e dos fatores responsáveis pelo retardo ou pela falta de imunizações como fundamentais para a adequada monitorização dos programas de vacinação e para se identificar e atingir as crianças que não são vacinadas adequadamente. O estudo realizou um inquérito domiciliar transversal, em amostra aleatória por conglomerados em múltiplos estágios de crianças de 12 a 59 meses de idade, no Município de São Luís, Maranhão, Brasil. Foi utilizado um questionário padronizado respondido pela mãe ou responsável pela criança. Foram visitados 50 setores censitários e em cada um foram amostrados 40

domicílios, onde foram encontradas, em média, 15 crianças. O efeito de desenho foi calculado para cada estimativa. A não-vacinação foi analisada em relação a indicadores socioeconômicos, demográficos e à morbidade referida pela regressão de Cox. Os resultados da avaliação mostraram que a cobertura vacinal foi de 72,4% para BCG, 59,9% para 3 doses da vacina Sabin, 57% para 3 doses de vacina DPT (difteria, coqueluche e tétano) e 54,7% para a vacina anti-sarampo. A baixa escolaridade materna foi identificada como o principal fator de risco para a não-vacinação. As coberturas vacinais foram baixas. Uma das estratégias sugeridas pelo estudo para o aumento das coberturas foi o incremento das atividades de educação em saúde.

O estudo relata um achado importante, que é a baixa escolaridade das mães como fator negativo no alcance de coberturas vacinais nos seus filhos, mas ressaltamos que é uma situação encontrada num estado dos mais pobres da região Nordeste do país, o que corrobora a visão da desigualdade dos indicadores epidemiológicos no Brasil.

Simões et al,²¹ avaliaram o impacto da vacinação contra o *Haemophilus influenzae* b na incidência de meningites em crianças menores de cinco anos de idade no estado de Goiás. O método usado foi o delineamento tipo "antes-depois" para comparar as taxas de incidência de meningites por *Haemophilus influenzae* b nos períodos pré-vacinação (julho/95-junho/99) e pós-vacinação (julho/99-junho/2001) no Estado de Goiás. A definição de caso de meningite bacteriana seguiu os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS). As taxas de meningite por *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis* foram utilizadas para efeito de comparação. Para análise estatística foram utilizados o teste do qui quadrado e o *t* de Student. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. Foi detectada meningite bacteriana aguda em 979 crianças no período de estudo. Os resultados indicaram que a incidência de meningite por *Haemophilus influenzae* b diminuiu de $10,8 \times 10^5$ no período pré-

vacinal para $2,3 \times 10^5$ no segundo ano pós-vacina, significando 78% de redução no risco, principalmente na faixa etária de 7-23 meses ($p < 0,05$). Foram prevenidos 65 casos de meningite por *Haemophilus influenzae* b. Observou-se aumento na incidência de meningite por *S. pneumoniae*. Foi observada falha vacinal em um caso. O estudo conclui que houve um expressivo declínio da incidência de meningite por *Haemophilus influenzae* b logo após o primeiro ano de introdução da vacina contra o *Haemophilus influenzae* b, e recomenda a vigilância contínua com instrumental de alta acurácia para: detectar re-emergência do *Haemophilus influenzae* b; avaliar possibilidade de falha vacinal e identificar mudanças no padrão dos sorotipos do *H. influenzae*.

O estudo é relevante, na medida em que avalia um período de 5 anos antes da vacina e 2 anos logo após a sua introdução, podendo ser caracterizado como um estudo de impacto, de resposta positiva.

3.4 Imunizações – Ações de Imunizações no contexto da PPI ECD .

O critério de seleção das ações de imunizações como condição traçadora para este estudo foi pela relevância e abrangência das ações, da uniformidade no âmbito nacional da operacionalização das mesmas (exceção feita à febre amarela , para a Amazônia Legal, e para as áreas de transição epidemiológica , que tem uma indicação específica) e da existência de um sistema (o SI API, Sistema de Informação e Análise do Programa de Imunizações) usado pelo Ministério da Saúde²² , estados e municípios. Este sistema nos permitirá um acompanhamento das ações de modo uniforme.

Para uma boa compreensão da escolha das ações de imunizações como traçador, é essencial a conceituação de condição marcadora ou traçador.

Condições marcadoras ou traçadores, enquanto técnica para avaliação da atenção

à saúde, foram propostos inicialmente por Kessner, Kalk & Singer, em 1973. Baseiam-se na concepção de que a partir da avaliação da assistência prestada a um agravo, ou a um conjunto deles, possa-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, levando-se em conta resolatividade, oportunidade das ações, acesso a medicação, entre outros.

Existem alguns requisitos para que uma condição possa ser eleita como traçadora, quais sejam:

- a condição marcadora deve ter um impacto funcional real;
- deve poder ser bem definida e de fácil diagnóstico;
- deve ter alta prevalência, para permitir a coleta de dados, mesmo em uma população limitada;
- a história natural da condição deve poder ser modificada pelo uso de técnicas médicas.

Como se pode depreender do texto acima, um traçador deve ser uma condição freqüente, deve ter protocolos de atenção bem estabelecidos e de ampla aceitação e efetividade comprovada. No campo da atenção médica, bons exemplos de traçadores são a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a tuberculose, pois atendem aos requisitos de alta prevalência, protocolos de diagnóstico e tratamento bem estabelecidos nacionalmente, e de efetividade reconhecida.

Na área da Vigilância em Saúde, podemos afirmar que as ações de imunizações atendem ao critério de possuir normas e diretrizes consensuadas no país. Além disso, a história natural da doença (no caso, das doenças imunopreveníveis) é comprovadamente alterada pelas vacinas, podendo-se afirmar que os imunizantes tem um impacto na redução das doenças e até mesmo na erradicação das mesmas, caso da poliomielite.

O Modelo Lógico das Ações de Imunizações da PPI ECD está apresentado no Anexo IV deste trabalho.

Ressalta-se, que dentro do Programa Anual de Trabalho²³(PAT) do Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde, para 2004, são metas relevantes , no que concerne às doenças imunopreveníveis:

- Manter incidência de zero caso autóctone de sarampo.
- Vacinar 70% da população com 60 anos e mais contra a influenza e o tétano.
- Atingir cobertura vacinal adequada em 70% dos municípios.

Descreve-se abaixo a avaliação das metas relativas à imunizações no ano de 2003, para contextualizar o objeto do nosso trabalho, destacando a relevância das ações que se pretende avaliar. Destacaremos aquelas metas relativas a Imunizações que foram atingidas em sua totalidade, daquelas que o foram parcialmente.

Metas de Imunizações²³ incluídas no PAT – Avaliação no Brasil ,2003. As metas descritas a seguir foram atingidas:

- 1) Manter 95% da cobertura vacinal de crianças menores de 5 anos de idade contra a paralisia infantil nas 2 etapas (Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite)

Os índices esperados são de 95% nas 2 etapas.

- 2) Manter acima de 70% a cobertura vacinal da população acima de 60 anos contra a Influenza. O índice esperado é acima de 70%
- 3) Vacinar seletivamente , com 3 doses, 95% das crianças menores de 1 ano, contra Hepatite B. O índice esperado é de 95% .

As metas listadas a seguir foram parcialmente atingidas, em 2003. As coberturas vacinais definidas para cada imunizante estão entre parênteses abaixo, e o percentual esperado de municípios com cobertura adequada é de 70 %, para todas as vacinas.

1. Atingir cobertura vacinal adequada em 70% dos municípios , com as vacinas :

- a) para menores de 1 ano :
 - tetravalente -DPT+ HiB(95%)

- poliomielite - (95%)
- hepatite B- (95%)
- BCG- (90%)

b) a partir de 1 ano de idade

- Tríplice Viral- sarampo, caxumba e rubéola (95%)

c) Vacinar com 3 doses, 40% da população de 1 a 19 anos de idade, em todo o país, contra hepatite B, completando a vacinação deste grupo etário. O índice esperado era de 40 %, e o atingido foi de 20%. Vale salientar que a baixa cobertura da vacina nesta faixa etária deve-se,preponderantemente,à difícil tarefa de vacinar adultos, mesmo em se tratando de adultos jovens. A cultura nacional é de vacinar crianças menores de 5 anos, e qualquer imunizante fora desta faixa etária encontra resistência na população , de forma geral. ²²

No que concerne à homogeneidade de coberturas vacinais para 2003 (o conceito de homogeneidade refere-se a no mínimo 70% dos municípios existentes no estado com coberturas adequadas para cada vacina) no Brasil, foram os seguintes os resultados obtidos :

- tetravalente - 54%
- poliomielite – 52%
- hepatite B – 50%
- tríplice Viral – 48%
- BCG – 84%

Observa-se que somente a BCG consegue uma homogeneidade de cobertura adequada no país no ano analisado. As outras vacinas ficam com percentuais semelhantes, que variam de 48 a 54%.

Contextualizando as vacinas que serão avaliadas, lembramos que a BCG é uma vacina usada há muitos anos, tendo mudado somente a sua via de administração de oral

para intradérmica. A tetravalente é uma vacina introduzida mais recentemente, já que veio substituir a tríplice bacteriana, a DPT, incorporando o componente imunizante para o *Haemophilus influenzae*. Cabe aqui ressaltar que a tetravalente foi selecionada como uma das metas que serão avaliadas dentro do Projeto VIGISUS, tendo sido considerada adequada para representar o bloco de Imunizações. No que concerne à tríplice viral lembramos que a erradicação do sarampo é uma das metas prioritárias de governo. Cotejando ainda algumas particularidades das vacinas, ressaltamos que a BCG é dose única, de mais fácil aplicação, é dada ao nascer, algumas vezes nas maternidades, o que gera normalmente altas coberturas vacinais. A tetravalente necessita da aplicação de mais de uma dose, o que por si só já representa uma maior dificuldade operacional, e que naturalmente contribui para o difícil alcance das metas relativas a este imunizante. A tríplice viral é dada aos 12 meses, num calendário vacinal onde ela é única, sem nenhuma outra vacina a ser feita no período. Talvez esta faixa etária, mais elevada, esteja dificultando o alcance de melhores coberturas vacinais deste imunizante. A vacina contra poliomielite, em que pese ser de fácil administração, via oral, e ser uma vacina de uso consagrado junto à população (“a gotinha que salva”) também não alcança coberturas vacinais uniformes em todo o país.

4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

As ações de imunizações estão adequadamente implantadas no nível municipal.

A PPI ECD contribuiu para uma melhoria das ações de vigilância em saúde, no que concerne à área de imunizações.

5. OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo de implementação da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças em municípios do Estado do Rio de Janeiro de 2000 a 2004, utilizando como condição traçadora as ações pactuadas para imunizações e o resultado das metas estabelecidas no pacto.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Testar o Modelo de Avaliação Rápida (REM)
- Conhecer se a PPI ECD contribuiu positivamente para a melhoria das ações de epidemiologia e controle de doenças, com ênfase em imunizações, em municípios do Estado do Rio de Janeiro de 2000 a 2004.

7. MÉTODOS

7.1. Desenho do estudo

Neste trabalho, para operacionalizar o REM, foi feito um estudo de caso múltiplo exploratório, com análise imbricada.

O modelo considerou: o contexto externo, o político-organizacional, os processos de implementação e a efetividade. A coleta de dados incluiu: entrevistas com usuários (nas unidades de saúde), com gerentes e profissionais de saúde; observações/evidências feitas pela autora. Também utilizou-se como fonte de evidências dados secundários obtidos de bancos oficiais (SI API, SINAN, DATASUS, IBGE e outros)

O estudo analisou uma série histórica de 5 anos, de 2000 a 2004, foi feito no estado do Rio de Janeiro, em 2 municípios, que serão chamados daqui por diante de casos.

A condição traçadora selecionada para o estudo foram as ações de imunizações pactuadas na PPI ECD.

A unidade de análise foi a Unidade de Saúde, onde foram observados e analisados o nível de implementação, a rede de frio, a estrutura da Vigilância e da Coordenação de Imunizações, e a efetividade, nela incluída a satisfação dos usuários

As fontes de evidência foram entrevistas a informantes-chave, como gestores e coordenadores de programa e de vigilância, e usuários, e observações nas unidades de saúde e na Secretaria Municipal, e dados secundários obtidos de vários sistemas de informações.

A validade interna do estudo foi dada pela utilização de mais de uma fonte de informação, no caso, os dados dos sistemas oficiais , as observações diretas nas unidades básicas de saúde, as entrevistas com os informantes - chave, e outras.

Os critérios de seleção da amostra foram discutidos e acordados com a Gerência estadual e municipais do Programa , para que pudessem ser aplicados de maneira uniforme em todos os municípios e unidades onde o estudo foi desenvolvido. Em cada município foi feito o trabalho em uma unidade de saúde, selecionada por critério de bom desempenho, no que concerne à área de imunizações, e por facilidade de acesso da população. As unidades de saúde que atendiam a este critério eram os Centros de Saúde, de maior porte, e que aplicavam todas as vacinas, inclusive o BCG, já que este imunizante não é ofertado comumente em todas as unidades de saúde, em geral só nas de maior porte, por ser uma vacina que necessita de um treinamento mais intenso dos vacinadores. As unidades selecionadas foram unidades com modelo tradicional, não eram unidades de PSF.

Os profissionais selecionados para as entrevistas foram informantes- chave, que detinham informações importantes para a análise da condição traçadora selecionada para o estudo. Assim, foi fundamental entrevistar o coordenador do Programa de Imunizações, o Coordenador de Vigilância Epidemiológica, e o Superintendente de Saúde Coletiva, além do Secretário de Saúde do município. E, para analisar o grau de satisfação dos usuários, a entrevista com um representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde foi considerada importante. Também com o objetivo de analisar o grau de satisfação dos usuários foram entrevistadas mães que estavam presentes nas unidades de saúde com a finalidade de vacinar suas crianças , o que era feito antes ou depois da vacinação, de acordo com a disponibilidade da mãe.

No presente estudo cada município foi considerado um caso, e houve a garantia do sigilo das informações prestadas, já que o município não será identificado pelo

nome, mas será nomeado apenas como Caso 1 , Caso 2. Por ocasião da primeira visita ao município , esta informação da garantia da confidencialidade dos dados foi prestada a todos os informantes-chave, e às pessoas que de uma forma ou de outra fizeram parte do estudo, para que pudéssemos ter um bom acolhimento e boa receptividade ao estudo. Além disto , foi garantido ao município que ele será o primeiro a ter retorno das informações coletadas e consolidadas .

Dentro da metodologia do estudo foram selecionadas 5 das metas pactuadas na PPI ECD², do bloco de Imunizações para, a partir daí se desenhar um modelo rápido de avaliação. As ações selecionadas foram :

1. Atingir cobertura vacinal adequada para BCG em menores de 1 ano;
2. Atingir cobertura vacinal adequada para hepatite B em menores de 1 ano;
3. Atingir cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de 1 ano;
4. Atingir cobertura vacinal adequada para poliomielite em menores de 1 ano;
5. Atingir cobertura vacinal adequada para tríplice viral em crianças de 1 ano.

Deve-se ressaltar que essa pactuação citada refere-se ao pacto do Ministério da Saúde com os estados, do ano de 2004, último ano do período a ser avaliado⁴. Algumas modificações no pacto , no que se refere a área de Imunizações, foram feitas desde 2000 (ano da primeira pactuação) no sentido de diminuir o número de ações a serem pactuadas, mas garantindo que aquelas que permanecessem fossem representativas do bloco que se estava avaliando.

No estudo, foram selecionadas para condições traçadoras cinco das 6 metas do bloco de imunizações que compõem o pacto de metas da PPI ECD , ficando apenas excluída como elemento traçador uma ação constante no bloco de Imunizações, que se refere à investigação de eventos adversos. Como o objetivo do estudo estava direcionado para a avaliação das ações de Imunizações, em que pese a importância dos eventos adversos, a investigação dos mesmos não tem uma influência direta nas

coberturas vacinais. Além disto, a análise do cumprimento desta ação por meio do Roteiro de Monitoramento da PPI ECD⁵ nos permitiu, ao longo de 3 anos, avaliar que era uma ação que na verdade não discriminava estados nem municípios. O percentual de alcance da meta foi quase sempre, em estados e municípios avaliados, de 100%. Isto porque os eventos adversos, quando chegam às Unidades de Saúde, são notificados, e a notificação, por si só, já é o início do processo de investigação. Por isto, esta meta foi excluída do presente estudo como condição traçadora, mas mantida no nível de implementação, na subdimensão de atenção básica, como um indicador de processo de trabalho, que visa avaliar a qualidade da atenção básica. Importante salientar que toda a seleção da amostra de municípios, e questões relevantes foram discutidas com a Coordenação de Imunizações do estado e dos municípios selecionados para o estudo.

Foram elaboradas 2 matrizes dentro do estudo, uma Matriz de Avaliação, que contemplou dimensões, que foram detalhadas em subdimensões. Para cada subdimensão foram criados critérios ou indicadores. Também para cada subdimensão foram especificados os métodos de coleta dos dados.

A outra matriz criada no estudo foi a Matriz de Julgamento, ou de Resultado, que contemplou as dimensões, os indicadores, a pontuação máxima, o padrão, os resultados observados, e as evidências, que são os resultados que foram encontrados no estudo. Importante ressaltar que os padrões desta matriz de resultado foram estabelecidos por normas e/ou diretrizes do Programa Nacional de Imunizações ou pela própria equipe da pesquisa.

Critérios de pontuação usados na Matriz de Julgamento ou de Resultado:

Para classificação de cada dimensão / subdimensão, na matriz de julgamento foram estabelecidos 3 critérios de classificação, quais sejam:

- ❖ Implantação satisfatória - os casos que alcançarem de 80 a 100% da pontuação máxima definida;
- ❖ Implantação parcial ou regular - os casos que alcançarem 50 a 79% da pontuação máxima ;
- ❖ Não implantados - os casos que alcançarem 49% ou menos da pontuação máxima.

A pontuação máxima e os pontos de corte utilizados foram adaptados de estudos similares, para avaliação das ações do Programa de Controle da Tuberculose na Região Norte.¹³

7.2 . Estudo de Caso

O local escolhido para o estudo de caso foi o Estado do Rio de Janeiro, sendo que nele foram selecionados dois (2) municípios para operacionalizar o REM. Como o estudo visa avaliar o grau de implantação da PPI ECD, um dos pré-requisitos para o município ser selecionado foi ter sido monitorado com aplicação do roteiro acima citado. A temporalidade da análise tem o marco inicial de 2000 , ano de implantação da PPI ECD(a Portaria 1399 , que instituiu a PPI ECD e o teto financeiro foi de dezembro de 1999, mas os estados e municípios só começaram a se certificar e receber o recurso no início de 2000) tendo-se trabalhado com uma série histórica de 5 anos , para uma melhor análise dos possíveis avanços na qualidade das ações de imunizações.

Além do critério de ter sido monitorado com aplicação do roteiro da PPI ECD (em pelo menos um dos anos analisados), foram usados mais 2 critérios para seleção dos municípios :

Um critério populacional e um critério de desempenho no que concerne ao alcance das metas da PPI ECD.

1. O critério populacional : foi definido que fariam parte do estudo um município de pequeno porte e um de grande porte , cujos pontos de corte populacionais estão descritos abaixo.

Um município de pequeno porte: considerado no presente estudo como ponto de corte municípios abaixo de 100.000 habitantes- nomeado como Caso 1.

Um município de grande porte : considerado no presente estudo como ponto de corte municípios entre 500.000 e 1.000.000 habitantes-nomeado como Caso 2.

2. O critério de desempenho: utilizou-se para escolha dos municípios uma avaliação realizada pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, pela área técnica que acompanha os municípios no que concerne à PPI ECD e ao VIGISUS, que

atribuiu uma pontuação aos municípios , depois de uma avaliação realizada em 2003 , e classificou-os dentro de 3 categorias (boa, regular e ruim) conforme critérios de atingimento das metas da PPI ECD. Foi definido que se trabalharia com um município de desempenho bom , e outro de desempenho ruim, e então sorteados dentre os municípios classificados nestas categorias um município considerado de pequeno porte e outro de grande porte. Com esta seleção, objetivou-se colocar na amostra de municípios a serem estudados, situações distintas no que se refere a tamanho de população e desempenho em relação ao cumprimento de metas da PPI ECD . Cabe ressaltar que todos estes critérios de seleção de municípios foram discutidos amplamente com a área técnica do estado , que coordena as atividades de acompanhamento da PPI ECD e do VIGISUS .

Critérios de exclusão de municípios :

No presente estudo, excluiu-se da amostra de municípios a serem selecionados aqueles situados na condição de serem alvo de denúncias de Ministério Público, ou de auditorias na área de Vigilância em Saúde, com o objetivo de evitar possíveis vieses de seleção, estudando municípios que antecipadamente já sabíamos ter problemas graves de gestão na saúde.

Também foi excluída da amostra a capital do estado, pelo fato desta ser uma cidade com características de metrópole (6 milhões de habitantes) e também porque para um modelo rápido, a seleção de um bairro ,ou um distrito de uma cidade deste porte jamais seria uma amostra representativa do seu todo, considerando as imensas desigualdades nela existentes. Foram levadas em consideração as dificuldades operacionais de se trabalhar com entrevistas com secretário de saúde, gestores , coordenadores de programas numa cidade deste porte.

7.3. Coleta de Dados

A coleta de dados se deu através de dados primários (questionários semi-estruturados para as entrevistas, e observações relativas à intervenção que se estudou) e também por meio de dados secundários, extraídos do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) do SI API (Sistema de Informações e Análise do Programa de Imunizações) e também do Roteiro de Acompanhamento da PPI ECD relativos ao período de 2000 a 2004 , anos analisados . Foram desenvolvidos instrumentos (questionários) para serem utilizados nas entrevistas , sendo um questionário para ser usado com os gestores e técnicos (ligados à área de interesse do estudo, qual seja, Imunizações) dos municípios e outro para ser aplicado aos usuários dos serviços de saúde (Anexos I e II).Foi também elaborado um Termo de Consentimento , para gestores e usuários (Anexo III)

Os indicadores utilizados neste modelo de avaliação foram os já preconizados pelo Ministério da Saúde, quais sejam, as coberturas vacinais para municípios, e a homogeneidade das coberturas vacinais (percentual de 70 % ou mais de municípios no estado com coberturas vacinais adequadas) quando formos nos referir à pactuação do estado. O estudo também levou em consideração os indicadores relativos a Imunizações que serão avaliados no Projeto Vigisus, pelo Ministério da Saúde, que de resto, não foge muito do conteúdo que está sendo avaliado pelo Roteiro de Monitoramento da PPI ECD.

7.4. Matriz de Avaliação

Foi definida uma matriz para avaliação da intervenção selecionada, com as seguintes dimensões estabelecidas para a avaliação de implantação de programa: contexto externo, contexto organizacional, implementação e efetividade. Para cada dimensão e subdimensão foram explicitados critérios (abordagem qualitativa) e/ou indicadores (abordagem quantitativa) e os métodos de coleta e fontes onde serão buscadas as informações. Na implementação serão avaliados a execução do programa, os processos de trabalho, e seus componentes. Na efetividade serão avaliados os resultados de curto prazo, ou, em última análise, o desempenho/ impacto da intervenção.

As legendas abaixo da matriz representam as fontes utilizadas na coleta dos dados.

Antes da apresentação de cada dimensão da matriz de avaliação estão especificados os critérios usados para atribuir a pontuação máxima de cada dimensão e subdimensão, e também os critérios para pontuação das várias situações possíveis encontradas.

As pontuações de cada dimensão foram arbitrárias, pois estas pontuações são independentes. Chamamos a atenção que nos resultados utilizaremos a proporção alcançada dos pontos de cada ação e não os números absolutos.

Para cada dimensão as pontuações foram divididas de acordo com sua relevância, pactuada com a Coordenação de Imunizações, usando a experiência de cada profissional na área.

Dimensões utilizadas na Matriz de Avaliação:

I.Contexto Externo

II.Contexto Organizacional

III.Implementação

IV Efetividade

I - Contexto externo :

Esta dimensão teve uma pontuação máxima de 100 pontos e nela foram consideradas as seguintes subdimensões, com as pontuações máximas:

1. Condições sócioeconômicas (20 pontos)
2. Existência de maternidades no município (30 pontos)
3. Controle Social (50 pontos)

Os critérios usados para valorar cada indicador, dentro de cada dimensão e subdimensão estão descritos abaixo:

1. Condições sócioeconômicas: para medir as condições sócioeconômicas foi escolhido o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o valor máximo atribuído a este indicador na Matriz de Julgamento ou de Resultados foi de 20 pontos.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador composto, que utiliza como critérios indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita).

O Índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1,0 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e países com IDH superior a 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

No caso brasileiro, o cálculo da renda municipal per capita é feito a partir das respostas ao questionário expandido do Censo - um questionário mais detalhado do que o universal e que é aplicado a uma amostra dos domicílios visitados pelos recenseadores. Os dados colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são expandidos para o total da população municipal e então usados para o cálculo da dimensão renda do IDH-M.

No presente estudo o IDH foi escolhido para representar a subdimensão “Condições sócio econômicas” por ser um indicador composto que utiliza critérios relevantes para o estudo, como esperança de vida ao nascer, PIB per capita, e indicadores de educação.

O valor máximo atribuído a este indicador na Matriz de Resultados foi de 20 pontos. Para efeito da pontuação, consideramos 20 pontos para um IDH alto, 15 pontos para um IDH médio, e 10 pontos para um IDH baixo. Os critérios de alto, médio e baixo utilizam os mesmos pontos de corte usados pelo IBGE.

2. Existência de Maternidade(s) no Município.

Este indicador teve uma pontuação máxima estabelecida de 30 pontos.

A existência de maternidade no município tem uma grande importância para o alcance da cobertura das vacinas BCG e contra Hepatite B, já que estas devem ser feitas ao nascer, de acordo com o calendário básico de vacinação estabelecido pelo Ministério da Saúde. Quando da inexistência de maternidade no município, ou quando existe, mas não realiza a vacinação, a criança tem que ser levada a uma Unidade de Saúde para tomar a BCG e a Hepatite B. Consideramos neste estudo que o fato de não haver maternidade, ou em havendo, não haver vacinação de rotina destes 2 imunizantes, são oportunidades perdidas de vacinação. Por isto, a existência de

maternidade pública no município atribuiu-se um valor de 30 pontos, 20 pontos se existe maternidade privada, e 0 pontos se não há maternidade. Cabe ressaltar que o número menor de pontos atribuído quando a maternidade é privada, deve-se ao fato de que neste tipo de estabelecimento a gerência da Coordenação de Imunizações tem menos governabilidade.

3. Controle Social.

Esta subdimensão teve uma pontuação máxima estabelecida de 50 pontos.

No estudo foram selecionados para representar este indicador:

3.1 a paridade (proporção de representantes de gestores e de usuários) na composição do Conselho Municipal de Saúde e a sua atuação (25 pontos)

3.2 o conhecimento por parte dos componentes do Conselho acerca das ações de Imunizações (25 pontos)

Foi atribuído um valor máximo de 50 pontos a este indicador de Controle Social, sendo que 25 pontos correspondem a paridade e atuação do Conselho, e outros 25 correspondem ao conhecimento por parte dos integrantes das ações de Imunizações. Se o Conselho for considerado paritário e atuante, o município obteria 25 pontos, se o for parcialmente, 15 pontos, e se for considerado não paritário e não atuante, 0 pontos. No que concerne às ações de Imunizações, se há conhecimento no Conselho acerca das ações de vacinação, 25 pontos são obtidos. Se o conhecimento é parcial, 15 pontos, e se não há conhecimento, 0 pontos.

Quadro 1. Matriz de Avaliação com o contexto externo, critérios, indicadores e métodos de coleta . Ações de Imunizações – PPI ECD.

INTERVENÇÃO: A PPI ECD contribuiu para o alcance das ações de imunizações		Métodos de Coleta *						
Dimensões/subdimensões	Crítérios ou Indicadores	I	II	III	IV	V	VI	Escore
I. Contexto Externo								
1. Condições sócio-econômicas	IDH dos municípios selecionados para a avaliação	x						20
2.Existência de Maternidade nos municípios	Numero de maternidades por município (públicas e privadas)		x	x		x		30
3. Controle Social	Conselho Municipal de Saúde atuante e paritário, com conhecimento da importancia das ações de vacinação	x		x	x	x		50

Fonte: Natal, 2005 ¹³

*Legenda: Métodos de Coleta

I	II	III	IV	V	VI
Análise:dados do PNI (SI-API) e outras fontes de informação (IBGE, DATASUS e outros)	Dados de Imunizações extraídos do Roteiro de Monitoramento da PPIECD	Observações nas Unidades Básicas de Saúde	Entrevista com Usuários(mães de crianças vacinadas)	Entrevista com coordenadores municipais de imunização e outros profissionais de saúde	Análise dos dados no SINAN, SIAB SIA-SUS e SIH -SUS

II. Contexto Organizacional :

A este contexto foi atribuído um valor total de 150 pontos.

As subdimensões que compõem o contexto organizacional são :

1. Estrutura da Saúde Coletiva e da Vigilância em Saúde (20 pontos)
2. Coordenação Municipal de Imunizações (50 pontos)
3. Qualificação Técnica (50 pontos)
4. Gestão Política dos recursos da PPI ECD (20 pontos)
5. Compromisso político (10 pontos)

Os critérios e indicadores deste contexto organizacional podem ser vistos no Quadro 2 , na página 55.

1. Estrutura da Vigilância em Saúde e da Saúde Coletiva:foi definida uma pontuação máxima de 20 pontos para esta subdimensão.

Os critérios que compõem esta subdimensão são os seguintes :

1.1 a PPI ECD está incorporada à estrutura da Vigilância e/ou Saúde Coletiva. Se SIM, 15 pontos, se NÃO, 0 pontos.

1.2 conhecimento pela equipe técnica municipal do ano de certificação do município , e a este item foi atribuído o valor de 5 pontos se SIM , e 0 pontos se NÃO.

2.. Coordenação Municipal de Imunizações: foi atribuído o valor máximo de 50 pontos à esta sub dimensão.

Os critérios que compõem esta subdimensão são os seguintes

2.1 a existência de coordenador de Imunizações designado, ao qual se atribuiu 25 pontos se SIM , e 0 pontos se NÃO.

2.2 o tempo do Coordenador de Imunizações na função : menos de 1 ano , 5 pontos obtidos ; de 1 a 5 anos desenvolvendo a função, 10 pontos : mais de 5 anos no cargo, 15 pontos, pois a permanência mais longa demonstra continuidade no Programa.

2.3 a participação dos coordenadores de Imunizações no pacto da PPI ECD. Foram atribuídos 10 pontos se SIM ,e 0 pontos se NÃO.

3. Qualificação Técnica : foi definida uma pontuação máxima de 50 pontos para esta subdimensão.

Os critérios que compõem esta subdimensão são os seguintes:

3.1 a formação técnica do Coordenador de Imunizações, se era compatível com a função. Se SIM, 10 pontos, se NÃO, 0 pontos.

3.2 o treinamento dos técnicos que atuam na área , tanto os que trabalham em sala de vacina, como os da rede de frio.A este item foi atribuído um valor máximo de 20 pontos . Se o treinamento é contínuo, abrange a totalidade dos técnicos, 20 pontos. Se há treinamento, mas este é insuficiente, ou parcial, 10 pontos. Se não há praticamente nenhum treinamento, nenhuma capacitação específica, 0 pontos.

3.3 a existência de ferramenta para o monitoramento, isto é, se há um instrumento que periodicamente seja utilizado, por exemplo, para avaliar as coberturas vacinais , uma ferramenta , um sistema que permita, quando necessário, (re) direcionar as ações Para este item foi atribuído um valor de 10 pontos. Se SIM , 10 pontos, se NÃO , 0 pontos.

3.4 a frequência de realização do monitoramento. A este item foram atribuídos 5 pontos se o município realiza no mínimo um monitoramento mensal das ações e 0 pontos se o faz com um intervalo de tempo maior que 1 mês.

3.5 a divulgação deste monitoramento das ações, se é feito ou não . Se SIM , 5 pontos, se NÃO, 0 pontos.

4. Gestão Política dos recursos da PPI ECD: foi definida uma pontuação máxima de 20 pontos para esta subdimensão.

Os critérios que compõem esta subdimensão são os seguintes:

4.1 a existência de Plano Municipal de Saúde, com uma pontuação máxima de 10 pontos. Se SIM, 10 pontos, se NÃO, 0 pontos.

4.2 havendo Plano Municipal de Saúde, se este incluía as ações de Imunizações .Foi dado um valor de 5 pontos a este item. Se SIM , 5 pontos. Se NÃO , 0 pontos .

4.3 conhecimento do gestor do percentual do TFECD (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças) destinado as ações de vacinação . Foi dado um valor máximo de 5 pontos , se SIM , e 0 pontos, se NÃO.

5. Compromisso político : foi definida uma pontuação máxima de 10 pontos para esta subdimensão.

5.1.Se o secretário de saúde tinha conhecimento do Teto Financeiro da Epidemiologia e de como aplicá-lo . Se SIM , 10 pontos, se PARCIALMENTE , 5 pontos , e se NÃO, 0 pontos.

Quadro 2. Matriz de Avaliação com o contexto organizacional. Ações de Imunizações- PPI ECD

Dimensões/subdimensões	Critérios ou Indicadores	I	II	III	IV	V	VI	Escore
II. Contexto Organizacional								
1. Estrutura da Saúde Coletiva /Vigilância em Saude nos municípios	Saúde Coletiva e Vigilância em saude nos municípios estruturada	x	x	x		x	x	20
2. Coordenação Municipal de Imunizações	Estruturação da Coordenação de Imunizações	x	x	x		x	x	50
3. Qualificação técnica	Técnicos do Programa Municipal de Imunizações capacitados segundo as diretrizes do PNI	x		x		x		50
4. Gestão política dos recursos da PPI ECD	% de recursos financeiros do TFECD destinado para as ações de Imunizações .	x	x	x		x		20
5. Compromisso político	Secretario municipal de saude com conhecimento da PPI-ECD das diretrizes para aplicação dos recursos financeiros	x	x	x		x		10

I	II	III	IV	V	VI
Análise:dados do PNI (SI-API) e outras fontes de informação (IBGE, DATASUS e outros)	Dados de Imunizações extraídos do Roteiro de Monitoramento da PPIECD	Observações nas Unidades Básicas de Saúde	Entrevista com Usuários(mães de crianças vacinadas)	Entrevista com coordenadores municipais de imunização e outros profissionais de saúde	Análise dos dados no SINAN ,SIAB SIA-SUS e SIH -SUS

III Implementação (pontuação máxima 300 pontos)

As seguintes subdimensões foram avaliadas nesta dimensão:

1. Atenção Básica à Saúde (130 pontos)
2. Rede de Frio (80 pontos)
3. Implantação do BCG e da Hepatite B nas maternidades (20 pontos)
4. Vigilância Epidemiológica e Sistemas de Informação (50 pontos)
5. Atividades de Informação e Educação para a Saúde (20 pontos)

1. Atenção Básica à Saúde (130 pontos)

1.1 Cobertura das ações de Imunizações, isto é, o percentual de Unidades Básicas de Saúde que vacinam . A este item atribuiu-se um valor de 80 pontos. A pontuação foi estabelecida da seguinte forma : 80 pontos se o município conseguiu implantar a vacinação em 80 a 100% das suas unidades de saúde , 40 pontos se implantou em 50 a 79% das unidades , e 20 pontos se conseguiu implantar em 49% ou menos das unidades .

1.2 Integração com o PSF (Programa de Saúde da Família), ao qual atribuímos 10 pontos .A abordagem feita foi a respeito do percentual de cobertura do PSF no município, que teve um valor atribuído de 10 pontos. Definiu-se que se o município tivesse = ou > que 50% de cobertura do PSF, teria 10 pontos. Uma cobertura de 20 a 49% , somaria 5 pontos, e uma cobertura menor que 20%, 0 pontos.

1.3 Percentual de Unidades do PSF desenvolvendo ações de Imunizações . A este item foi atribuído um valor máximo de 20 pontos, sendo que 20 pontos seriam alcançados se o município tivesse implantado a vacinação em 80 a 100% de suas Unidades de

PSF, 10 pontos se a implantação fosse de 50 a 79% , e 0 pontos se a implantação estivesse abaixo de 49% das suas unidades .

1.4 investigação de eventos adversos pós-vacinação , se o município realiza, 10 pontos, se não o faz, 0 pontos .

1.5 o manejo de imunobiológicos especiais , ao qual foi atribuído 10 pontos. Se o município tem profissionais treinados para o manejo de imunobiologicos especiais, 10 pontos, se não o faz, 0 pontos.

2. Rede de Frio - (80 pontos)

2.1 insumos (vacinas e seringas) disponíveis nas Unidades e a ele foram atribuídos 30 pontos . Se os insumos estão disponíveis em sua totalidade , 30 pontos. Se há falta de insumos eventual, 20 pontos. Se há falta sistemática de insumos, 10 pontos.

2.2 geladeiras exclusivas para vacinas, e a pontuação máxima é de 10 pontos. Se SIM, 10 pontos, se NÃO, 0 pontos.

2.3 disponibilidade de caixas térmicas nas Unidades , pontuação máxima de 10 pontos se SIM, e 0 pontos se NÃO.

2.4 número suficiente de termômetros nas Unidades de Saúde , 5 pontos se SIM, e 0 pontos se NÃO.

2.5 limpeza periódica das geladeiras , 5 pontos se SIM, e 0 pontos se NÃO.

2.6 existência de gerador de emergência nas Unidades (ao menos na Unidade Central) 10 pontos se SIM , e 0 pontos se NÃO .

2.7 profissionais treinados para a rede de frio, 5 pontos se SIM, e 0 pontos se NÃO.

2.8 leitura das temperaturas nas geladeiras das vacinas, se é feita de acordo com as normas do PNI, 5 pontos, se NÃO, 0 pontos.

3. Maternidades realizando vacinação BCG e/ou hepatite B – (20 pontos): se implantou as 2 vacinas, teria 20 pontos; 10 pontos se implantou 1 delas, e 0 pontos se não implantou nenhuma delas.

4. Vigilância Epidemiológica e Sistemas de Informação (50 pontos)

4.1 implantação do SI API (Sistema de Informação e Análise do Programa de Imunizações) no município, ao qual atribuímos 10 pontos se implantado na rotina de trabalho, e 0 pontos se NÃO.

4.2 implantação do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), ao qual foi atribuída uma pontuação máxima de 5 pontos se SIM, e 0 pontos se NÃO.

4.3 implantação do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), ao qual atribuímos 5 pontos se SIM, e 0 pontos se NÃO.

4.4 retroalimentação dos dados de Imunizações para a rede. Se é feita, 5 pontos, se não, 0 pontos.

4.5 análise dos dados de Imunizações, se é feita com uma periodicidade mínima mensal, consideramos a análise implantada, se não é feita, ou é feita com um intervalo maior, é considerada não implantada. Foi atribuída uma pontuação máxima de 5 pontos se SIM, e 0 pontos se NÃO.

4.6 busca de faltosos, se esta é feita na rotina de trabalho; foi atribuída uma pontuação máxima de 5 pontos, se SIM, e 0 pontos se NÃO.

4.7 da existência de estratégias para busca de faltosos, e foi atribuída uma pontuação máxima de 5 pontos se há estratégias na rotina , e se não há, 0 pontos.

4.8 existência de cartões espelho nas unidades (é o cartão similar ao da criança, onde ficam anotadas as doses dadas ,e por onde é possível fazer resgate das doses em atraso) . Consideramos este instrumento fundamental para o manejo das coberturas vacinais e para a busca de faltosos , estratégia também fundamental para um bom processo de trabalho. Sem este controle, e apenas com o numero de doses aplicadas, não temos como completar esquemas vacinais em atraso. Por isto atribuiu-se uma pontuação máxima de 10 pontos para a existência de cartões espelho nas unidades de saúde, e 0 pontos se não há este instrumento.

5. Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Mobilização Social (20 pontos)

5.1 divulgação das ações de Imunizações de rotina, se estas são feitas adequadamente (10 pontos) , se são feitas parcialmente (5 pontos) e se não são feitas (0 pontos) .

5.2 divulgação das ações nas Campanhas de Imunizações ; foram atribuídos 5 pontos se há divulgação e 0 pontos se não há . Cabe ressaltar que atribuiu-se um número menor de pontos à divulgação na Campanha que à rotina, primeiro porque está se avaliando neste trabalho a rotina e não campanha, e segundo , porque na Campanha a presença do Ministério da Saúde na mídia, através da imprensa, falada e escrita é muito intensa e independe bastante das iniciativas municipais, que costumam ser importantes, mas complementares .

5.3 parcerias estabelecidas pelo município para a melhoria das ações de vacinação. Foram atribuídos 5 pontos se SIM , e 0 pontos se NÃO.

Quadro 3. Matriz de Avaliação da Implementação. Ações de Imunizações- PPI ECD.

Dimensões/subdimensões	Critérios ou Indicadores	I	II	III	IV	V	VI	Escore
III. Implementação								
1. Atenção Básica de Saúde								
Cobertura das ações de Imunizações	Nº unidades de saúde que realizam atividades de Imunizações / número de unidades de saúde existentes no município			x		x		80
Integração com PSF	Cobertura de PSF e unidades do PSF com vacinação			x		x		30
Eventos adversos pós-vacinação	Profissionais treinados para notificar e investigar eventos adversos das vacinas e encaminhá-los para a referência estadual , se necessário			x	x	x		10
Referência para aplicação de imunobiológicos especiais	Profissionais com conhecimento dos imunobiológicos especiais, suas indicações e da referencia municipal, regional ou estadual			x		x		10
2. Rede de frio	Insumos (vacinas e seringas) disponíveis nas unidades básicas de saúde			x	x	x		30
	Geladeiras exclusivas para armazenar vacinas			x		x		10
	Existência de caixas térmicas nas unidades para transporte de vacinas			x		x		10
	Termômetros adequados para verificação da temperatura da geladeira e das caixas térmicas			x		x		5
	Profissionais realizando limpeza da geladeira conforme preconizado no Manual de Rede de Frio			x		x		5
	Existência de gerador de emergência nas Unidades Básicas de Saúde para evitar perdas de vacina em falta de energia			x		x		10
	Profissionais treinados para a rede de frio de acordo com normas do PNI			x		x		5
	Profissionais realizando leitura das temperaturas das geladeiras			x		x		5
3. Maternidades dos municípios realizando vacinação BCG e/ou Hepatite B								
Maternidades realizando vacinação com BCG e/ou Hepatite B	Municípios com maternidade(s) realizando BCG		x	x		x		10
	Municípios com maternidade(s) realizando Hepatite B		x	x		x		10

4. Vigilância Epidemiológica e Sistemas de Informação de Imunizações (SI-API) e de agravos de notificação (SINAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	SI API implantado , alimentado regularmente e enviando dados para o nível estadual		x	x		x		10
	SINAN implantado , alimentado semanalmente e enviando dados para o Estado segundo a periodicidade definida.		x	x		x	x	5
	SIAB implantado e com a informação de coberturas vacinais			x		x	x	5
	Retroalimentação para as unidades básicas de saúde de dados de coberturas vacinais e de doenças imunopreveníveis	x	x	x		x	x	5
	Análise das coberturas vacinais de rotina e de campanha	x	x	x		x	x	5
	Utilização da análise das coberturas vacinais para reorientar a rotina e para busca de faltosos	x	x	x	x	x		5
	Existência de estratégias para busca de faltosos	x	x	x		x	x	5
	Existência e uso de cartões espelho nas Unidades de Saúde		x	x	x	x		10
5. Atividades de Informação e Educação para a Saúde								
5.1. Comunicação e Mobilização Social	Material usado na rotina de vacinação com divulgação adequada			x	x	x		10
	Material usado nas campanhas de vacinação com divulgação adequada			x	x	x		5
	Envolvimento com a sociedade civil organizada, ONGs e outras parcerias para a implementação das ações de imunizações, especialmente campanhas			x	x	x		5

I	II	III	IV	V	VI
Análise:dados do PNI (SI-API) e outras fontes de informação (IBGE, DATASUS e outros)	Dados de Imunizações extraídos do Roteiro de Monitoramento da PPIECD	Observações nas Unidades Básicas de Saúde	Entrevista com Usuários(mães de crianças vacinadas)	Entrevista com coordenadores municipais de imunização e outros profissionais de saúde	Análise dos dados no SINAN ,SIAB SIA-SUS e SIH -SUS

IV. Efetividade

A esta dimensão foi atribuída uma pontuação máxima de 185 pontos .

Foram analisadas 2 subdimensões :

1. Coberturas vacinais (145 pontos)
2. Satisfação dos usuários (40 pontos)

Esta dimensão abrange duas subdimensões, a de cobertura vacinal, que na realidade mede o desempenho final de todas as outras dimensões que avaliamos previamente, e a de satisfação dos usuários, outro indicador extremamente importante no desenho deste estudo. À subdimensão de satisfação dos usuários, foi atribuída uma pontuação máxima de 40 pontos, divididos em 7 indicadores .

1. Coberturas vacinais (145 pontos)

A cobertura vacinal de cada imunizante é dada por uma proporção, onde o numerador é o número de crianças vacinadas e o denominador é o número de crianças que deveriam ter sido vacinadas , é a população alvo das ações. Em alguns anos esta população alvo foi calculada pelo IBGE , e mais recentemente, é utilizada em quase todos os estados do Brasil, a população fornecida pelo SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) , especialmente naquelas Unidades Federadas que possuem uma boa cobertura do sistema.

Ao critério de coberturas vacinais, foi atribuída uma pontuação máxima de 145 pontos, e definiu-se que para cada ano com cobertura vacinal alcançada, o município obteria 5 pontos.

2 . Satisfação dos Usuários .

A esta subdimensão foram atribuídos 40 pontos.

Esta subdimensão foi avaliada a partir de respostas dadas através de entrevistas feitas a mães , nas Unidades de Saúde selecionadas para o estudo, com um número pré-definido de entrevistas no estudo .

2.1 conhecimento das mães sobre vacinas (pontuação máxima de 5 pontos) , se as perguntas feitas às mães refletissem um conhecimento mínimo necessário para que elas saibam a importância das vacinas e levem seus filhos às Unidades de Saúde. Foi atribuído 0 pontos se o conhecimento fosse considerado insuficiente.

2.2 se havia Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro onde a mãe morava . A este indicador foi atribuído um valor de 5 pontos, se mais de 50% das mães respondessem que havia unidade no bairro, e 0 pontos se mais de 50 % respondessem que não havia.

2.3 vacinação realizada pela UBS do bairro: a este indicador foram atribuídos 5 pontos e considerado atingido se mais de 50% das mães respondessem sim, e não atingido se mais de 50% respondessem não .

2.4 falta de vacinas nas UBSs. Foram atribuídos 5 pontos, e considerado atingido se mais de 50% das mães respondessem que não faltava vacina, e não atingido se mais de 50% respondessem que faltava .

2.5 tempo de espera para o atendimento: se é satisfatório, 5 pontos, se é insatisfatório, 0 pontos. O ponto de corte que estabelecemos foi que um tempo de espera maior que 1 hora seria considerado insatisfatório, e abaixo disto, considerado satisfatório.

2.6 tratamento com atenção: para avaliar este indicador, foram feitas perguntas que visavam avaliar mais especificamente o tratamento dado em sala de vacina, as informações prestadas as mães sobre os imunizantes, sobre a possibilidade de reações adversas, e em havendo, o atendimento adequado no retorno. Se Sim a resposta a 50% ou mais destes itens, 5 pontos, se menos de 50 %, 0 pontos.

2.7 avaliação geral da Unidade de Saúde: solicitado às mães que atribuíssem uma nota de 0 a 10 , para o atendimento na Unidade de Saude, desde a recepção, ao tempo de espera, a delicadeza da equipe, e a informações adequadas e suficientes sobre a data de retorno,e sobre reações adversas. As notas dadas foram somadas e delas fez-se uma média, e esta média foi comparada ao padrão máximo definido para o indicador, que foi 10 pontos.

Quadro 4. Matriz de Avaliação da Efetividade. Ações de Imunizações – PPI ECD.

Dimensões/subdimensões	Critérios ou Indicadores	I	II	III	IV	V	VI	Escore
IV. Efetividade								
1. Desempenho								
Coberturas vacinais referentes a 1.BCG 2.Hepatite B 3.Poliomielite 4. Tetravalente 5.Triplice Viral 6.DPT 7.HiB 8.Sarampo	1.Cobertura vacinal para BCG	x					x	25
	2.Cobertura vacinal para Hepatite B	x					x	25
	3.Cobertura vacinal para Poliomielite	x					x	25
	4.Cobertura vacinal para Tetravalente	x					x	15
	5.Cobertura vacinal para Tríplice Viral	x					x	10
	6.Cobertura vacinal para DPT	x					x	15
	7.Cobertura vacinal para HiB (anti Haemophilus influenzae tipo B)	x					x	15
	8.Cobertura vacinal para Sarampo	x					x	15
	2. Satisfação dos usuários							
Satisfação dos usuários	Conhecimento das mães sobre vacinas				x			5
	Existência de UBS no bairro			x	x			5
	UBS do bairro com vacinação disponível			x	x	x		5
	informação das mães sobre falta de vacinas			x	x	x		5
	Tempo de espera na unidade para vacinar a criança			x	x	x		5
	Atendimento humanizado			x	x	x		5
	Avaliação do atendimento com pontuação de 0 a 10			x	x			10

I	II	III	IV	V	VI
Análise:dados do PNI (SI-API) e outras fontes de informação (IBGE, DATASUS e outros)	Dados de Imunizações extraídos do Roteiro de Monitoramento da PPIECD	Observações nas Unidades Básicas de Saúde	Entrevista com Usuários(mães de crianças vacinadas)	Entrevista com coordenadores municipais de imunização e outros profissionais de saúde	Análise dos dados no SINAN ,SIAB SIA-SUS e SIH -SUS

8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .

O presente trabalho desenvolveu dentro do estudo de caso, instrumentos que foram utilizados nas entrevistas, os roteiros para entrevistas com gestores e usuários , (Anexos I e II) e também um Termo de Consentimento livre e esclarecido (Anexo III) para que tais roteiros pudessem ser aplicados nas entrevistas à luz das Recomendações do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) a quem o trabalho foi apresentado e aprovado.

O Termo de Consentimento (Anexo III) foi apresentado a todos os entrevistados, usuários ou gestores e técnicos, visando dar ciência do teor do estudo, e fornecendo informações como nome da autora do trabalho, local de trabalho , telefones para contato. A todos os entrevistados era mostrado o questionário, explicado o conteúdo, e era perguntado se havia interesse em respondê-lo. Somente após a concordância dos entrevistados e a assinatura do termo, era iniciada a entrevista.

Ressaltamos que o Termo de Consentimento foi elaborado de acordo com a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde , que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

9. RESULTADOS

No que concerne à coleta dos dados com gestores e usuários, não houve nenhuma recusa, nem por parte dos técnicos, coordenadores de programa , gestores , nem por parte dos usuários, que eram as mães presentes nas unidades de saúde com o objetivo de vacinar seus filhos, por ocasião da visita .

O tempo médio de entrevista com os usuários foi de 15 minutos, e com os gestores e técnicos, 2 horas.

O tempo total gasto em cada município para realização das entrevistas com gestores e usuários , observação da unidade e do processo de trabalho, foi de 1 semana (5 dias úteis).No Caso 1 o tempo foi um pouco menor, talvez por se tratar de um município de pequeno porte, com técnicos e gestores trabalhando próximos, e com maior flexibilidade na agenda.

Na matriz de julgamento ou de resultado , especificada no Quadro 5, podem ser observados os resultados obtidos pelos 2 casos (municípios) na avaliação .

Na coluna “ máxima pontuação “ observam-se os valores máximos atribuídos a cada dimensão, e a cada subdimensão; nas colunas de “ resultados” são observados os valores em números absolutos obtidos por cada caso, e nas colunas de “ percentuais “ são vistos os percentuais que cada caso obteve , em relação à pontuação máxima estabelecida.

Quadro 5. Matriz de Resultado por dimensão, pontuação máxima e pontuação observada. Ações de Imunizações – PPI ECD. Rio de Janeiro, 2006.

Intervenção: A PPI ECD contribuiu para o alcance das ações de imunizações	Máxima pontuação	Resultados Caso 1	Resultados Caso 2	Percentual Caso 1	Percentual Caso 2
Dimensões/subdimensões					
I.Contexto Externo -100 pontos	100	60	70	60%	70%
1. Condições sócio-econômicas	20,00	15	15	75%	75%
2. Existência de Maternidade nos municípios	30,00	20	30	66%	100%
3. Controle Social	50,00	25	25	50%	50%
II. Contexto Organizacional -150 pontos	150	120	100	80%	66%
1. Estrutura da Saúde Coletiva e Vigilância em Saúde	20,00	15	15	75%	75%
2. Coordenação Municipal de Imunizações	50,00	45	50	90%	100%
3. Qualificação técnica	50,00	45	35	90%	70%
4. Gestão política dos recursos da PPI ECD	20,00	15	0	75%	0%
5. Compromisso político	10,00	0	0	0%	0%
III. Implementação -300 pontos	300	260	205	87%	79%
1. Atenção Básica a Saúde	130,00	125	105	96%	81%
1.1. Cobertura das ações de imunizações	80,00	80	80	100%	100%
1.2 Integração com PACS/PSF	10,00	5	5	50%	50%
1.3. % de Unidades do PSF vacinando	20,00	20	10	100%	50%
1.4. Eventos adversos pós-vacinação	10,00	10	10	100%	100%
1.5. Referência para imunobiológicos especiais	10,00	10	10	100%	100%
2. Rede de Frio	80,00	70	50	87%	62%
3. Implantação do BCG e da Hep B nas maternidades	20,00	0	10	0%	50%
4. Vigilância Epidemiológica e Sistemas de Informação	50,00	50	20	100%	40%
5. Atividades de Informação e Educação para a saúde	20,00	15	20	75%	100%

IV. Efetividade (185 pontos)	185	145	133	78%	72%
1. Desempenho (coberturas vacinais alcançadas)	145,00	105	95	72%	65%
2. Satisfação e percepção dos Usuários	40,00	40	38	100%	95%

Comenta-se a seguir os resultados dos indicadores , de cada subdimensão e dimensão, destacando-se os aspectos encontrados.

Contexto Externo

1.IDH dos municípios selecionados para a avaliação

De acordo com esta classificação, o Caso 1 apresenta um IDH de 0.771 , o que o classifica como município de médio desenvolvimento humano .Importante destacar que no *ranking* por estado, o município situa-se na 39ª posição (dentre 92 municípios) e no *ranking* nacional na posição1304. O Caso 2 tem um IDH de 0.762 , o que o classifica também como de médio desenvolvimento humano, 45º no *ranking* estadual e 1526º no *ranking* nacional.

No estudo, o Caso 1 e o Caso 2 obtiveram 15 pontos neste indicador.

2. Existência de maternidade(s) no município

No Caso 1, existem 2 maternidades, ambas privadas , e a pontuação deste indicador foi de 20 pontos.

No Caso 2, existe 1 maternidade pública e 4 maternidades privadas ,e o município obteve 30 pontos.

3.Controle Social

Nos Casos 1 e 2 os municípios tem Conselhos paritários e atuantes (25 pontos) , mas em ambos não há conhecimento/discussão das ações de Imunização (0 pontos). No Caso 1, a Coordenadora de Imunizações chegou a relatar na entrevista que nunca havia ido nem sido convidada à uma reunião do Conselho. A justificativa apresentada nos 2

municípios pelos informantes-chave é que a agenda do Conselho é voltada prioritariamente para a área de atenção a Saúde, ficando as questões concernentes a Vigilância “ um pouco esquecidas “ .

Contexto Organizacional

1. Estrutura da Vigilância em Saúde e da Saúde Coletiva.

1.1 Nos Casos 1 e 2 a PPI ECD estava incorporada à estrutura da Saúde Coletiva, então foram obtidos 15 pontos nesta questão para os 2 municípios.

1.2 Nos Casos 1 e 2 a resposta foi não , à questão do conhecimento da equipe técnica municipal do ano de certificação do município (0 pontos para os 2 casos),ressaltando que alguns técnicos não sabiam mesmo, outros afirmaram saber, mas não lembrar no momento.

2. Coordenação Municipal de Imunizações:

2.1 Quanto à existência de coordenador de Imunizações designado, nos Casos 1 e 2 , os coordenadores estavam designados e exercendo suas funções, então ambos os municípios obtiveram 25 pontos.

2.2 Quanto ao tempo dos coordenadores na função, o que pode indicar a continuidade das ações, no Caso 1, a coordenadora de Imunizações está há 3 anos na função, e o município obteve 10 pontos. No Caso 2, a coordenadora está há 10 anos no cargo, e o município obteve 15 pontos.

2.3 No que concerne à participação dos coordenadores de Imunizações no pacto da PPI ECD, nos Casos 1 e 2 há participação e discussão das metas relativas à Imunizações na PPI , então os 2 municípios tiveram 10 pontos neste item.

3. Qualificação Técnica

3.1 A análise da formação técnica do Coordenador de Imunizações, se era compatível com a função mostrou que no Caso 1, a responsável pelo setor é uma auxiliar de enfermagem, que trabalha há mais de 5 anos com vacinação, e está cursando biologia. Consideramos a formação adequada à função, então o município acumulou 10 pontos na avaliação. No caso 2, a responsável pela área é enfermeira, há 10 anos na função. Consideramos também a formação adequada, e o município obteve 10 pontos.

3.2 No que se refere ao treinamento dos técnicos que atuam na área, tanto os que trabalham em sala de vacina, como os da rede de frio, no Caso 1, o treinamento existe, e todos os vacinadores e os da rede de frio são permanentemente atualizados, de acordo com as Normas e Diretrizes do PNI, e o município obteve 20 pontos. No Caso 2, o município admitiu que não há um processo de educação continuada para todos os servidores da área de Imunizações e que por falta de pessoal qualificado, de tempo, e de infra-estrutura, o treinamento é feito ocasionalmente, praticamente sob demanda, e que há muito tempo não é realizada uma grande capacitação para todos da equipe de Imunizações (10 pontos)

3.3 A verificação de “se existe ferramenta para o monitoramento”, isto é, se há um instrumento que periodicamente seja utilizado, por exemplo, para avaliar as coberturas vacinais, uma ferramenta, um sistema que permita, quando necessário, (re) direcionar as ações, mostrou que no Caso 1, foi referido o SI API (Sistema de Informações e Análise do Programa de Imunizações), que é o sistema oficial adotado pelo Programa de Imunizações no nível federal, estadual e municipal. Além do SI API, o município dispõe complementarmente de um sistema próprio para acompanhamento

de doses aplicadas , inclusive com relação nominal das crianças vacinadas, com endereço, para o caso de falta e/ou atraso de alguma dose , a família poder ser localizada . Foram dados 10 pontos a este município. No Caso 2, o município referiu que usa somente o SI API , mas que também realiza supervisões as Unidades Básicas de Saúde com a finalidade de monitoramento das ações de Imunizações . O Caso 2 também obteve 10 pontos.

3.4 O indicador selecionado foi a frequência de realização do monitoramento. Os 2 casos realizam o monitoramento mensalmente,e alcançaram 5 pontos.

3.5 Este indicador diz respeito à divulgação deste monitoramento das ações.Nos 2 casos, não há nenhum tipo de divulgação destes dados . Ficam restritos à área específica e ambos os municípios tiveram 0 pontos nesta abordagem.

4. Gestão Política dos Recursos da PPI ECD.

4.1 No que dizia respeito à existência de Plano Municipal de Saúde, o Caso 1 referiu que tinha um PPA (plano plurianual), mas cabe aqui ressaltar que a Saúde Coletiva informou não participar deste planejamento. De toda forma, foram atribuídos 10 pontos. O Caso 2 afirmou não ter Plano Municipal de Saúde , já que o último elaborado pelo município não foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.Ao Caso 2 foram atribuídos 0 pontos.

4.2 A segunda questão referia-se a , em havendo Plano, se este incluía as ações de Imunizações . No caso 1, as ações de vacinação estão incluídas no PPA, e foi dado um valor de 5 pontos. No Caso 2, já que não há plano, o valor é 0.

4.3 No que se refere ao conhecimento do percentual do TFECD (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças) destinado às ações de vacinação , pode-se

afirmar que existe um total desconhecimento da destinação do recurso da PPI ECD ,de acordo com os informantes-chave entrevistados, Secretário de Saúde, Coordenador de Vigilância , Coordenador de Imunizações Conselho de Saúde , dos 2 municípios.Os 2 casos não obtiveram nenhuma pontuação neste item.

5. Compromisso político.

Como apresentado, uma única abordagem foi feita, para avaliar esta subdimensão, ou seja, se o secretário de saúde tinha conhecimento do Teto Financeiro da Epidemiologia e de como aplicá-lo .

No Casos 1 e 2, as respostas apontam para um desconhecimento do Teto Financeiro, e menos ainda das suas possibilidades de aplicação. Em ambos os municípios , esta gestão dos recursos financeiros da saúde é feita em co-gestão com a Prefeitura, diretamente, ou com a intermediação da Secretaria de Fazenda . Pelas respostas fornecidas , pontuamos os 2 casos com 0 pontos.

Nível de Implementação

1. Atenção Básica à Saúde

1.1 Quanto à cobertura das ações de Imunizações, isto é, o percentual de Unidades Básicas de Saúde que vacinam, no caso 1, 100% das unidades vacinam, e o município obteve 80 pontos. No Caso 2, 86% das unidades vacinam e o município também obteve 80 pontos.

1.2 No que concerne à Integração com o PSF (Programa de Saúde da Família), a abordagem feita foi a respeito do percentual de cobertura do PSF no município, e o Caso 1 apresentou uma cobertura de 47%, obtendo uma pontuação de 5 pontos. O Caso 2 teve uma cobertura de 25% e uma pontuação de 5 pontos.

1.3 Quanto ao percentual de Unidades do PSF desenvolvendo ações de Imunizações, o Caso 1 implantou a vacinação em 100% de suas unidades de PSF, e obteve 20 pontos, e o Caso 2 implantou em 63,8% das unidades, e obteve 10 pontos.

1.4 No que se refere à investigação de eventos adversos pós-vacinação, os Casos 1 e 2 realizam a investigação e obtiveram 10 pontos. Cabe ressaltar que no Caso 1 existe inclusive um pediatra na Unidade Central que é responsável pela investigação de eventos adversos.

1.5 Quanto ao manejo de imunobiológicos especiais, os 2 casos realizam a ação adequadamente, e obtiveram 10 pontos.

2. Rede de Frio

2.1 No que diz respeito a insumos (vacinas e seringas) disponíveis nas Unidades , no caso 1, não há falta de insumos, e o município obteve 30 pontos. No caso 2, há falta eventual de insumos e o município obteve 20 pontos.

2.2 No que diz respeito a geladeiras exclusivas para vacinas, no caso 1 as geladeiras são de uso exclusivo para vacinas, então o município teve 10 pontos e no caso 2 não são, então o município teve 0 pontos.

2.3 No que se refere à disponibilidade de caixas térmicas nas Unidades , os casos 1 e 2 têm estes insumos e obtiveram 10 pontos .

2.4 Quanto ao número suficiente de termômetros nas Unidades de Saúde com vacinação , o caso 1 alcançou os 5 pontos e o caso 2 teve 0 pontos.

2.5 No que se refere à limpeza periódica das geladeiras , o caso 1 realiza a limpeza periódica (a coordenadora supervisiona) e obteve 5 pontos e o caso 2 não pôde afirmar que é feita de modo sistemático em toda a rede, pois não é feita a supervisão adequada, por falta de pessoal e de veículos , e obteve 0 pontos.

2.6 Este indicador se refere à existência de gerador de emergência nas Unidades (ao menos na Unidade Central) o caso 1 não tem gerador em nenhuma unidade ,e teve 0 pontos e o caso 2 tem gerador apenas na Unidade Central e obteve 10 pontos.

2.7 Este indicador se refere a profissionais treinados para a rede de frio e os Casos 1 e 2 tiveram a pontuação máxima, 5 pontos.

2.8 No que concerne à leitura das temperaturas nas geladeiras das vacinas, se é feita de acordo com as normas do PNI, os 2 Casos realizam a leitura das temperaturas de acordo com as normas e ambos tiveram 5 pontos.

3. Maternidades realizando a vacinação de BCG e/ou hepatite B

O Caso 1 não implantou a vacinação nas maternidades por que não há maternidades públicas no município, então obteve 0 pontos. O caso 2 implantou a vacina contra Hepatite B na maternidade pública, e o BCG está em fase de implantação , então obteve 10 pontos.

4. Vigilância Epidemiológica e Sistemas de Informação .

4.1 Quanto à implantação do SI API (Sistema de Informação e Análise do Programa de Imunizações) no município, os Casos 1 e 2 têm o SI API implantado e operando normalmente, e obtiveram a pontuação máxima neste indicador , 10 pontos .

4.2 Quanto à implantação do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) , os Casos 1 e 2 têm o SINAN implantado e enviando as informações semanalmente para o estado e obtiveram 5 pontos .

4.3 Quanto à implantação do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica),no caso 1 o SIAB está implantado e operando normalmente (5 pontos) e no Caso 2 não está implantado (0 pontos) .

4.4 No que se refere à retroalimentação dos dados de Imunizações para a rede, no Caso 1 é realizada na rotina (5 pontos) e no Caso 2 não é feita (0 pontos) .

4.5 No que se refere à análise dos dados de Imunizações, nos Casos 1 e 2 é feita a análise dos dados mensalmente , e os 2 casos obtiveram 5 pontos.

4.6 Quanto à avaliação da busca de faltosos, se esta é feita na rotina de trabalho, o Caso 1 realiza busca de faltosos na rotina, e obteve 5 pontos e o Caso 2 não realiza, e obteve 0 pontos .

4.7 Quanto à existência de estratégias para busca de faltosos, o Caso 1 tem na sua rotina estratégias implantadas para buscar faltosos, e faz uma busca no domicílio, através do PSF, onde há equipes , ou da própria equipe de Imunizações (5 pontos) O Caso 2 não faz busca de faltosos , por falta de cartão espelho ou de outro mecanismo capaz de identificar as crianças que estão com doses atrasadas (0 pontos) .

4.8 Este indicador refere-se à existência de cartões espelho nas unidades (é o cartão similar ao da criança, onde ficam anotadas as doses dadas ,e por onde é possível fazer resgate das doses em atraso) . Consideramos este instrumento fundamental para o manejo das coberturas vacinais e para a busca de faltosos , estratégia também fundamental para um bom processo de trabalho. Sem este controle, e apenas com o número de doses aplicadas, não temos como completar esquemas vacinais em atraso. O Caso 1 tem o uso de cartões espelho na rotina (10 pontos), e o Caso 2 não usa cartões espelho, e justifica que a gestão municipal julga a impressão destes cartões de alto custo , e não realiza, a despeito das solicitações da Coordenação de Imunizações(0 pontos .

5. Informação, Educação e Comunicação e Mobilização Social.

5.1. No que se refere à divulgação das ações de Imunizações de rotina, se estas são feitas adequadamente: nos Casos 1 e 2 as ações de rotina são divulgadas adequadamente, e ambos os casos obtiveram 10 pontos.

5.2 Divulgação das ações nas Campanhas de Imunizações.Cabe ressaltar que atribuiu-se um número menor de pontos a divulgação na Campanha que à rotina, primeiro

porque está se avaliando neste trabalho a rotina e não campanha, e segundo, porque na Campanha a presença do Ministério da Saúde na mídia, através da imprensa, falada e escrita é muito intensa e independe bastante das iniciativas municipais, que costumam ser importantes, mas complementares .

No Caso 1 a divulgação foi considerada adequada e o município, por ser de pequeno porte, utiliza estratégias apropriadas , como carro de som, faixas , chamadas no rádio, entre outras(5 pontos) No Caso 2, o município usa quase que somente o material vindo do Ministério, mas faz uma ressalva que este chega sempre em cima da hora da Campanha. Mas julga que de toda forma, este é adequado e suficiente para a divulgação (5 pontos).

5.3 Quanto às parcerias estabelecidas pelo município para a melhoria das ações de vacinação, no caso 1 não há parcerias, e o município justifica que por ser de pequeno porte, não vê necessidade das mesmas. (0 pontos) . No caso 2 , como é um município de maior porte , já sente a necessidade de parcerias , e estas são feitas com ONGs, igrejas, associações de moradores, e escolas (5 pontos) .

Efetividade

1. Coberturas vacinais .

Nas tabelas abaixo , as coberturas vacinais em percentual e, entre parênteses, os resultados obtidos na avaliação (5 pontos para cada ano atingido).

1.1 Cobertura vacinal para BCG , que é considerada atingida se alcançar um percentual de 90% de crianças menores de 1 ano vacinadas (pontuação máxima 25 pontos)

Tabela 1. Coberturas vacinais de BCG nos Municípios 1 e 2. Rio de Janeiro , 2000 a 2004.

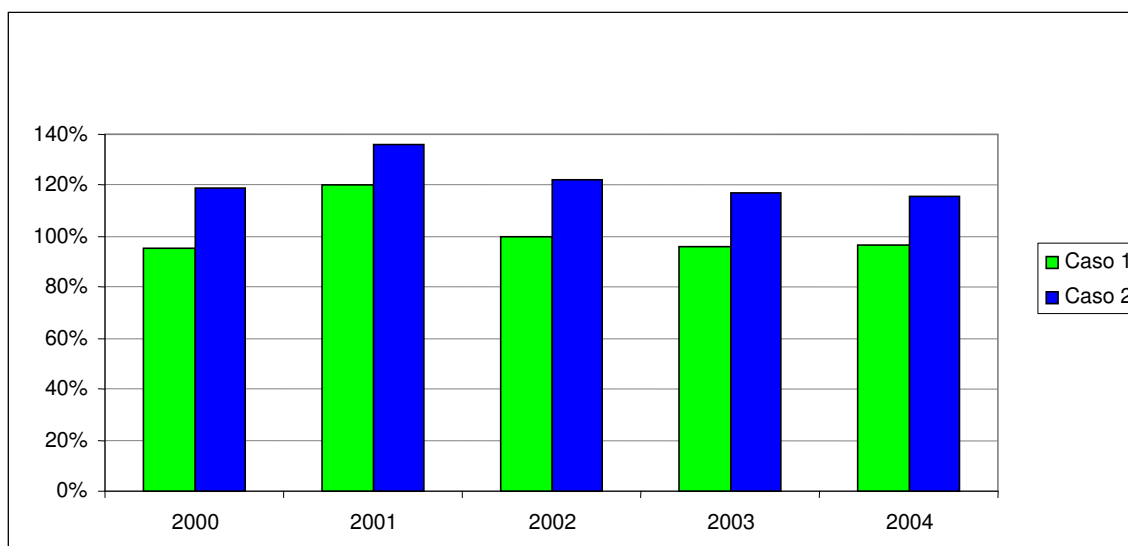
Anos	Caso 1	Caso 2
2000	95,41% (5)	119,15% (5)
2001	120,10% (5)	135,96% (5)
2002	99,84% (5)	122,57% (5)
2003	95,93% (5)	117,11% (5)
2004	96,78% (5)	115,38% (5)

O resultado deste indicador nos revelou que os Casos 1 e 2 tiveram coberturas vacinais acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 90% para o BCG. Cabe ressaltar que embora o município 1 não disponha de maternidade pública onde seja feito o BCG , o fato da vacina estar disponível em 2 unidades de saúde todos os dias , foi suficiente para que a cobertura fosse alcançada . Por outro lado , o Caso 2, que dispõe de maternidade , mas não faz BCG nela , e sim nas Unidades de Saúde, nos mostra percentuais de cobertura até um pouco maiores que os do município 1, o que pode ser explicado pelo Caso 2 ser um município polo da Região, que termina por

atrair crianças de municípios vizinhos, com estrutura de atenção à saúde deficitária. Percentuais acima de 100% podem ser explicados pela vacinação de menores de 1 ano não residentes no município. Os casos 1 e 2 obtiveram 100% neste indicador.

Na figura 1 pode-se observar a evolução das coberturas vacinais, e nota-se um ano onde os 2 municípios obtiveram um alcance maior, que foi 2001. Não se observa, porém, em relação a este imunizante uma tendência de crescimento do indicador ao longo dos anos analisados.

Figura 1. Coberturas vacinais de BCG nos Municípios 1 e 2. Rio de Janeiro, 2000 a 2004.



1.2 Cobertura vacinal para Hepatite B (pontuação máxima 25 pontos)

A cobertura vacinal preconizada para Hepatite B é de 95% em menores de 1 ano, e a vacina faz parte do calendário vacinal básico do Ministério da Saúde . A indicação da vacina é para ser feita ao nascer , em maternidades ou em unidades de saúde.

Tabela 2. Coberturas vacinais de Hepatite B nos Municípios 1 e 2 . Rio de Janeiro, 2000 a 2004.

Anos	Caso 1	Caso 2
2000	90,28% (0)	66,54% (0)
2001	80,73% (0)	95,53% (5)
2002	99,84% (5)	70,15% (0)
2003	98,21% (5)	96,11% (5)
2004	96,93% (5)	81,11% (0)

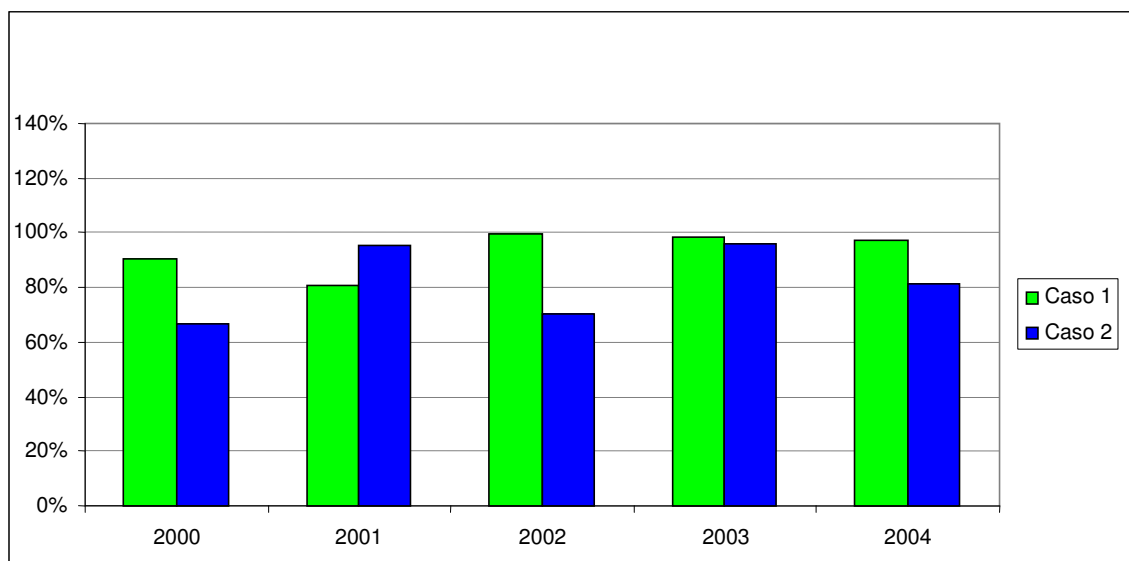
Analisando a tabela, podemos observar que o Caso 1 apresentou a partir de 2002 uma tendência crescente na cobertura vacinal , mas que nos 2 primeiros anos analisados (2000 e 2001) não alcançou a cobertura proposta , que é de 95% . Alcançou um percentual de 60% .

O Caso 2 não apresenta uma tendência uniforme ao longo dos 5 anos analisados, e consegue atingir o percentual de 95% de cobertura nos anos de 2001 e 2003 . Cabe ressaltar que os percentuais de cobertura se aproximam dos valores definidos pelo Ministério da Saúde, embora no primeiro ano da avaliação a cobertura tenha sido baixo(66,54%).

O Caso 2 alcançou um percentual de 40% .

Pode-se visualizar melhor a evolução destes indicadores na Figura 2.

Figura 2 .Coberturas vacinais de Hepatite B nos Municipios 1 e 2. Rio de Janeiro,2000 a 2004.



1.3 Cobertura vacinal para vacina contra poliomielite (25 pontos)

O percentual preconizado pelo Ministério da Saúde é de 95 % das crianças menores de 1 ano vacinadas.

Tabela 3. Coberturas vacinais da vacina oral contra Poliomielite nos municípios 1 e 2, Rio de Janeiro, 2000 a 2004.

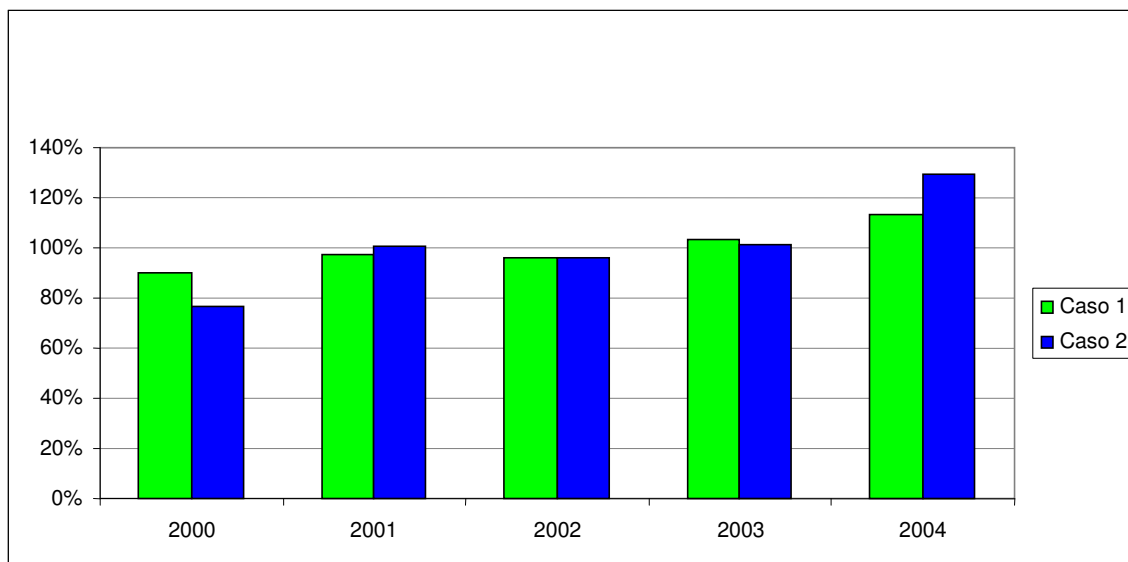
Anos	Caso 1	Caso 2
2000	90,28% (0)	76,54% (0)
2001	97,34% (5)	100,75% (5)
2002	96,06% (5)	95,79% (5)
2003	103,26% (5)	101,14% (5)
2004	113,50% (5)	129,18% (5)

Podemos observar nos Casos 1 e 2 que houve uma tendência crescente na cobertura vacinal para este imunizante. Com exceção do ano de 2000, em todos os anos a cobertura foi atingida nos 2 municípios. Ressalte-se que o alcance da cobertura para a vacina contra poliomielite não é muito difícil de ser atingido, por ser uma vacina de administração oral, e de uso amplamente difundido na mídia, além de ser uma vacina há muitos anos no calendário vacinal básico infantil. Percentuais acima de 100% de cobertura podem significar dados de campanha contados como se fossem de rotina, ou vacinação de crianças de outros municípios. Por outro lado, coberturas não alcançadas, como nos 2 Casos no ano de 2000 podem significar uma desmobilização por parte dos profissionais da rede de saúde, depois que o país recebeu o certificado internacional de erradicação da poliomielite (desmobilização também observada na vigilância da Paralisia Flácida Aguda, através de dados do Roteiro de Monitoramento da PPI ECD)⁵

Os 2 Casos obtiveram um percentual neste indicador de 80% .

Pode-se observar na Figura 3, a evolução das coberturas por ano.

Figura 3. Coberturas vacinais da vacina oral contra Poliomielite nos Municípios 1 e 2, Rio de Janeiro de 2000 a 2004



1.4 Cobertura vacinal para tetravalente (15 pontos)

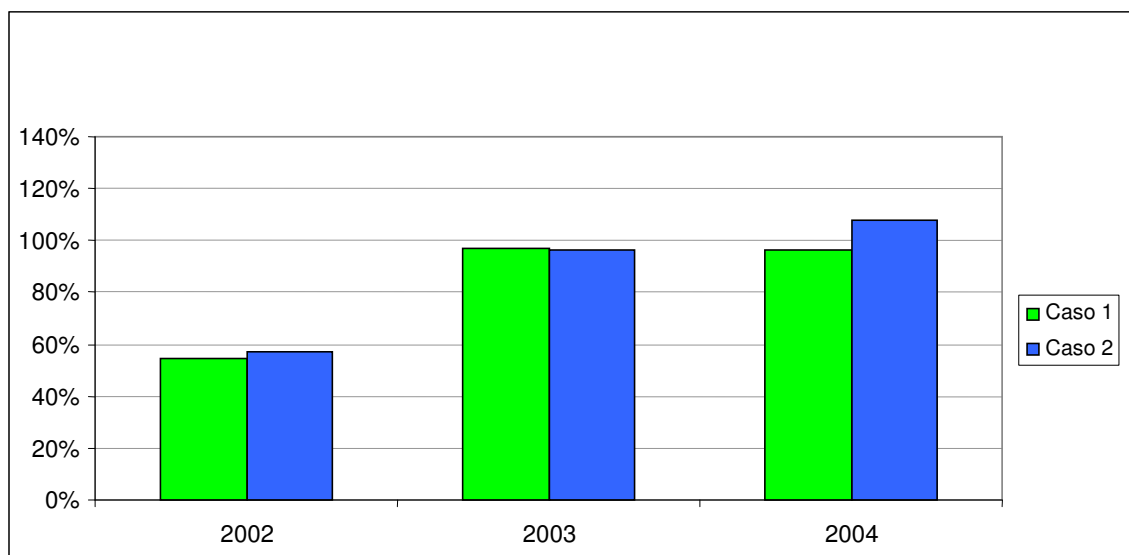
O percentual preconizado para este imunizante é de 95% . A tetravalente veio substituir a DPT (Tríplice Bacteriana) , no momento em que esta última incorporou o componente Hib (Haemophilus influenzae tipo B) . A tetravalente foi iniciada em 2002, e por isto antes deste período (2000 e 2001) vão ser analisadas as coberturas para DPT + Hib , em separado. Como vamos analisar somente 3 anos, e estamos atribuindo 5 pontos para cada cobertura vacinal alcançada, a pontuação máxima deste indicador será 15 pontos.

Tabela 4. Coberturas vacinais da vacina Tetravalente (DPT + Hib) nos Municípios 1 e 2 , Rio de Janeiro , 2002 a 2004.

Anos	Caso 1	Caso 2
2002	54,52% (0)	57,30% (0)
2003	97,07% (5)	96,27% (5)
2004	96,01% (5)	107,84% (5)

Analisando-se a tabela observa-se uma tendência crescente nas coberturas por esta vacina , a partir de 2002, ano da sua implantação . As coberturas baixas no primeiro ano analisado podem significar erros de registro, pois houve uma dificuldade relatada pela coordenação de imunizações dos municípios estudados e do estado, de transição entre a vacina DPT + Hib, que eram feitas em separado ,para a tetravalente , que incorporou os 2 imunizantes. Também foi ressaltado pelos técnicos municipais e estaduais que houve falta parcial de tetravalente no início da sua implantação, e que em alguns momentos era substituída pela DPT + Hib.

Figura 4 .Coberturas vacinais da vacina Tetravalente (DPT + Hib) nos Municípios 1 e 2, Rio de Janeiro, 2002 a 2004.



O gráfico nos mostra claramente as dificuldades no primeiro ano de implantação da vacina, informação corroborada pelas observações da autora, através de entrevistas com técnicos municipais .

As boas coberturas nos anos seguintes demonstram que a dificuldade em 2002 foi pontual, pois em ambos os casos a meta foi alcançada em 2003 e 2004.

Os Casos 1 e 2 obtiveram 66 % de alcance neste indicador .

1.5. Cobertura vacinal para Tríplice Viral (10 pontos).

A cobertura preconizada para a tríplice viral é de 95% , e esta vacina tem indicação para ser feita aos 12 meses (crianças de 1 ano) . Esta vacina veio substituir a vacina contra sarampo, quando a ela se acrescentou o componente imunizante contra rubéola e contra caxumba . Foi introduzida na rotina no estado do Rio de Janeiro (como de resto em todo o país) em 2003 , e por isto esta vacina será avaliada apenas nos anos de 2003 e 2004 .Nos anos de 2000, 2001 e 2002, avaliaremos a seguir a vacina contra sarampo. Como serão apenas 2 anos na análise, a pontuação máxima deste indicador será de 10 pontos (5 pontos para cada ano).

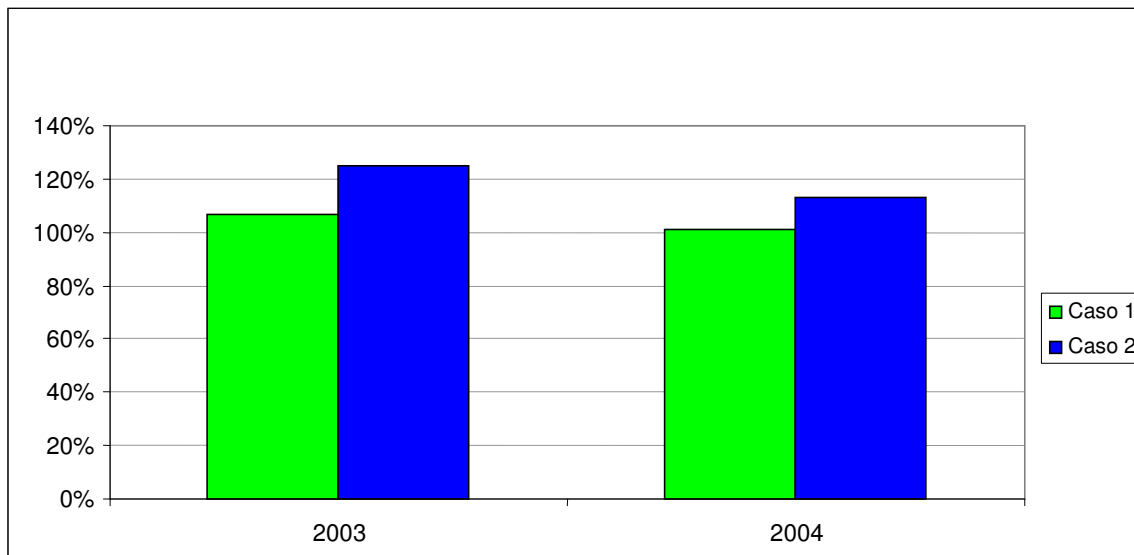
Tabela 5. Coberturas vacinais da vacina Tríplice Viral nos municípios 1 e 2, Rio de Janeiro , 2003 e 2004.

Anos	Caso 1	Caso 2
2003	106,88% (5)	124,70% (5)
2004	101,38% (5)	112,76% (5)

Analisando –se a tabela, os Casos 1 e 2 alcançaram a cobertura preconizada nos anos avaliados. Esta vacina é dose única ,e provavelmente , este fato representa um facilitador no atingimento das coberturas. O fato da tríplice viral ter vindo substituir a vacina anti sarampo, já consagrada pelo uso, e da intensa campanha feita pelo Ministério da Saúde no sentido da erradicação do sarampo, com certeza facilitou o alcance das metas. Os Casos 1 e 2 alcançaram 100% neste indicador.

A Figura 5 demonstra estes resultados.

Figura 5. Coberturas vacinais da vacina Tríplice Viral nos Municípios 1 e 2 , Rio de Janeiro, 2003 e 2004.



1.6. Cobertura vacinal para DPT ou Triplice Bacteriana (difteria, pertussis e tétano).

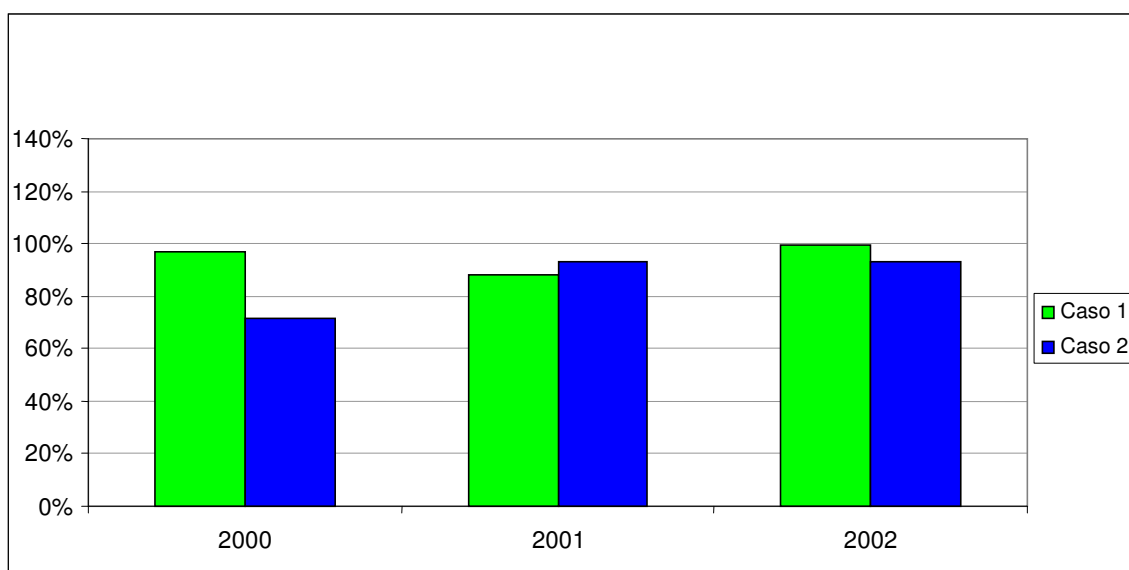
Esta vacina será analisada nos anos de 2000, 2001 e 2002, quando foi substituída pela tetravalente (DPT + Hib). A cobertura preconizada é de 95%. Serão atribuídos 15 pontos como pontuação máxima para este indicador.

Tabela 6. Coberturas vacinais da vacina DPT (difteria, tétano e pertussis) nos Municípios 1 e 2, Rio de Janeiro , 2000 a 2002 .

Anos	Caso 1	Caso 2
2000	96,82% (5)	71,43% (0)
2001	87,87 % (0)	92,88% (0)
2002	99,67% (5)	93,40% (0)

No Caso 1 o município conseguiu alcançar a meta nos anos de 2000 e 2002, e atingiu 66%. No Caso 2, não houve alcance da meta em nenhum dos anos analisados e o município obteve 0 %. Ressalte-se que a vacina DPT é tradicionalmente um imunizante de alcance difícil da meta, pelo fato da cobertura só ser considerada atingida com as 3 doses , com o esquema vacinal completo. Além disto, se a criança completa o esquema com mais de 1 ano, ainda que tenha tomado as primeiras doses nas datas corretas(no primeiro ano de vida) a cobertura não é considerada alcançada. Acrescido o fato de que é uma vacina injetável, o que gera mais dificuldades e temores nos pais/responsáveis. Outro fato que merece ser destacado é que a vacina costuma dar reações, ainda que leves, de febre, mal estar, o que por vezes desestimula a mãe a retornar com a criança para as doses seguintes.

Figura 6. Coberturas vacinais da vacina DPT (difteria, tétano e pertussis) nos Municípios 1 e 2, Rio de Janeiro, de 2000 a 2002.



No gráfico (Figura 6) podemos visualizar melhor os desempenhos dos 2 casos, e observar que o Caso 2 em 2000, obteve a menor cobertura vacinal nos anos analisados.

1.7. Cobertura Vacinal para Vacina contra Haemophilus influenzae tipo B (HiB) Pontuação máxima 15 pontos

A meta é vacinar 95% da população alvo(crianças menores de 1 ano) Será avaliada nos anos de 2000 , 2001 e 2002, quando foi incorporada à tetravalente .

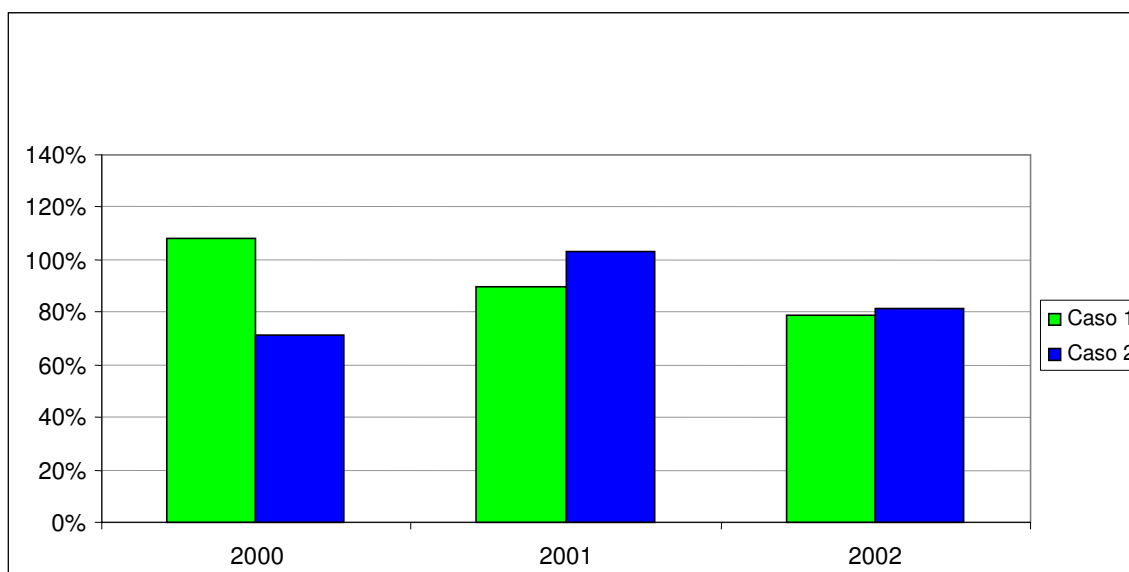
Tabela 7. Coberturas vacinais da vacina Hib (contra Haemophilus influenzae tipo B) nos Municípios 1 e 2 , Rio de Janeiro, 2000 a 2002.

Anos	Caso 1	Caso 2
2000	108,30% (5)	71,59% (0)
2001	89,70 % (0)	103,24% (5)
2002	79,15% (0)	81,52% (0)

O Caso 1 alcançou a meta em um dos anos analisados, e teve um percentual de 33%. O Caso 2 também atingiu a meta em apenas 1 ano, e também teve um percentual de 33%. Esta vacina não obteve bons desempenhos nos anos analisados, talvez porque houve a dificuldade inicial na sua implantação, e foi substituída pouco tempo depois pela tetravalente. Provavelmente não houve tempo de se consolidar no calendário vacinal básico em menores de 1 ano.

Estes resultados podem ser observados graficamente na Figura 7.

Figura 7 Coberturas vacinais da vacina Hib (contra Haemophilus influenzae tipo B nos Municípios 1 e 2, de 2000 a 2002



1.8. Cobertura vacinal contra Sarampo (pontuação máxima 15 pontos)

A meta é de 95% da população alvo (menores de 1 ano).

Serão avaliados 3 anos, de 2000 a 2002 , pois em 2003 foi introduzida a triplice viral, que veio substituir esta vacina na rotina.

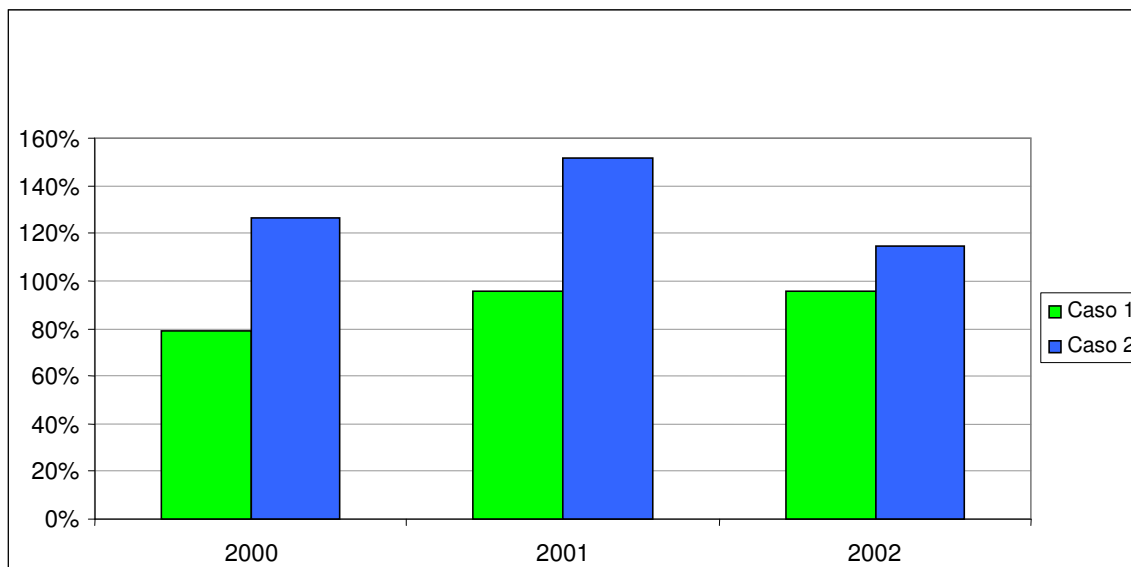
Tabela 8. Coberturas vacinais da vacina contra Sarampo nos Municípios 1 e 2, Rio de Janeiro, 2000 a 2002 .

Anos	Caso 1	Caso 2
2000	79,15% (0)	126,53% (5)
2001	96,01 % (5)	151,89% (5)
2002	95,57% (5)	114,86% (5)

O Caso 1 alcançou a meta em 2 anos, 2001 e 2002 , e alcançou 66% .O Caso 2 alcançou a meta nos 3 anos analisados , e alcançou 100%. Destacam-se as coberturas acima de 100% no município 2 ,que podem significar crianças vacinadas de outros municípios, ou fora da faixa etária definida para a vacina.

Na Figura 8 observa-se a evolução dessas coberturas.

Figura 8 .Coberturas vacinais da vacina contra Sarampo nos Municípios 1 e 2, Rio de Janeiro , 2000 a 2002.



2 . Satisfação dos Usuários .

A esta subdimensão foram atribuídos 40 pontos.

Esta subdimensão foi avaliada a partir de respostas dadas através de entrevistas feitas a mães , nas Unidade de Saúde selecionadas para o estudo.

2.1 conhecimento das mães sobre vacinas: nos Casos 1 e 2 todas as mães entrevistadas sabiam o que são as vacinas, para que elas servem, e grande parte delas sabia também algumas doenças que elas preveniam. Os 2 municípios acumularam 5 pontos .

2.2 havia Unidade Básica de Saúde no bairro onde a mãe morava ? os Casos 1 e 2 atingiram os 5 pontos, e cabe ressaltar que algumas mães respondiam que mesmo havendo UBS no bairro, elas preferiam vacinar numa Unidade maior, pelo fato de na UBS do seu bairro, algumas vacinas terem dias marcados (agendamento) o que não acontecia na Unidade Central .

2.3 a UBS do bairro vacinava ?Os Casos 1 e 2 obtiveram 5 pontos , com a ressalva que em algumas UBSs nem todas as vacinas estavam disponíveis todos os dias. Algumas, como o BCG , nos 2 municípios, só estão disponíveis em algumas Unidades

2.4 havia falta de vacinas? os 2 Casos atingiram os 5 pontos , e pelas respostas dadas , a falta de vacina parece ser muito rara .

2.5 tempo de espera para o atendimento, é satisfatório ?no Caso 1 o tempo de espera foi menor , e variou de “ imediato “ (sem espera, sem filas), a 20 minutos . No Caso 2 variou de 30 minutos a 1 hora .Consideramos 5 pontos para cada caso.

2.6 havia tratamento com atenção? A totalidade das respostas nos 2 casos foram boas, no sentido de tratamento gentil pelos vacinadores, e informações dadas sobre a possibilidade de reações e o que fazer no caso de existirem. Estas respostas foram corroboradas pelas observações pela autora feitas em dias diferentes, nas salas de vacina, nos 2 municípios. Os Casos 1 e 2 obtiveram 5 pontos.

2.7 A sétima e última pergunta era um pedido às mães que dessem uma nota de 0 a 10 para o atendimento na Unidade de Saúde, desde a recepção, ao tempo de espera, a delicadeza da equipe, e a informações adequadas e suficientes sobre a data de retorno, e sobre reações adversas. O caso 1 obteve (arredondamento de 2 casas decimais) média 10, e o caso 2 obteve média 8.

Resultados consolidados por dimensão:

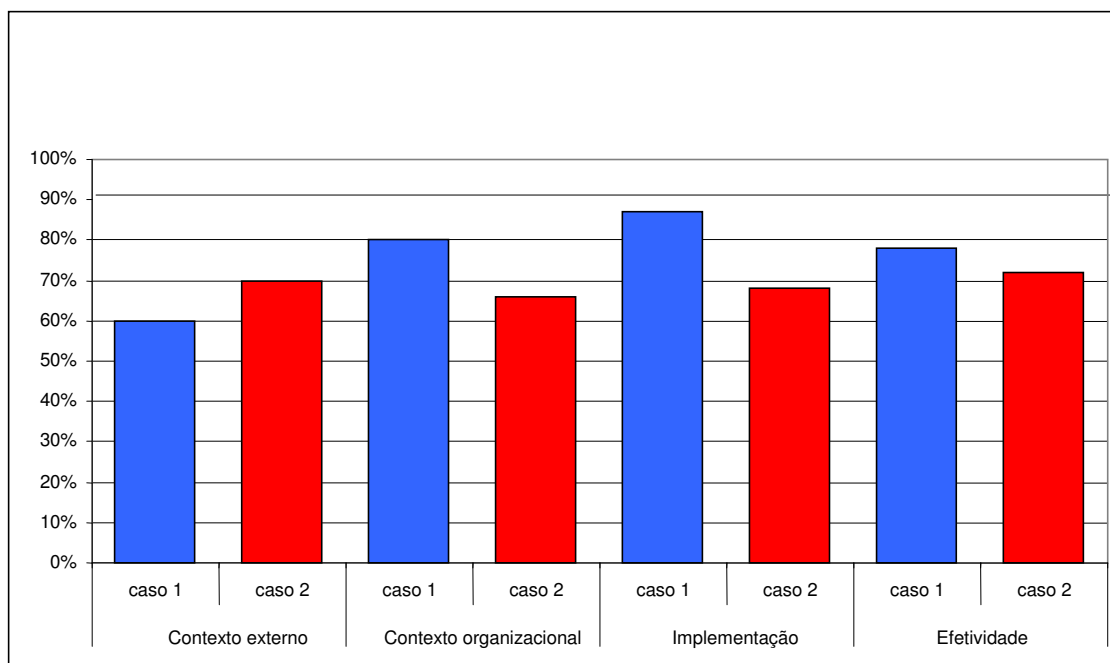
A seguir apresentaremos os resultados de cada dimensão e subdimensão analisados, pontuando os Casos conforme o critério abaixo, já definido na metodologia.

Para classificação de cada dimensão / subdimensão, na matriz de julgamento foram estabelecidos 3 critérios, quais sejam:

- ❖ Implantação satisfatória - os casos que alcançarem de 80 a 100% da pontuação máxima definida
- ❖ Implantação parcial ou regular - os casos que alcançarem 50 a 79% da pontuação máxima
- ❖ Não implantados - os casos que alcançarem 49% ou menos da pontuação máxima.

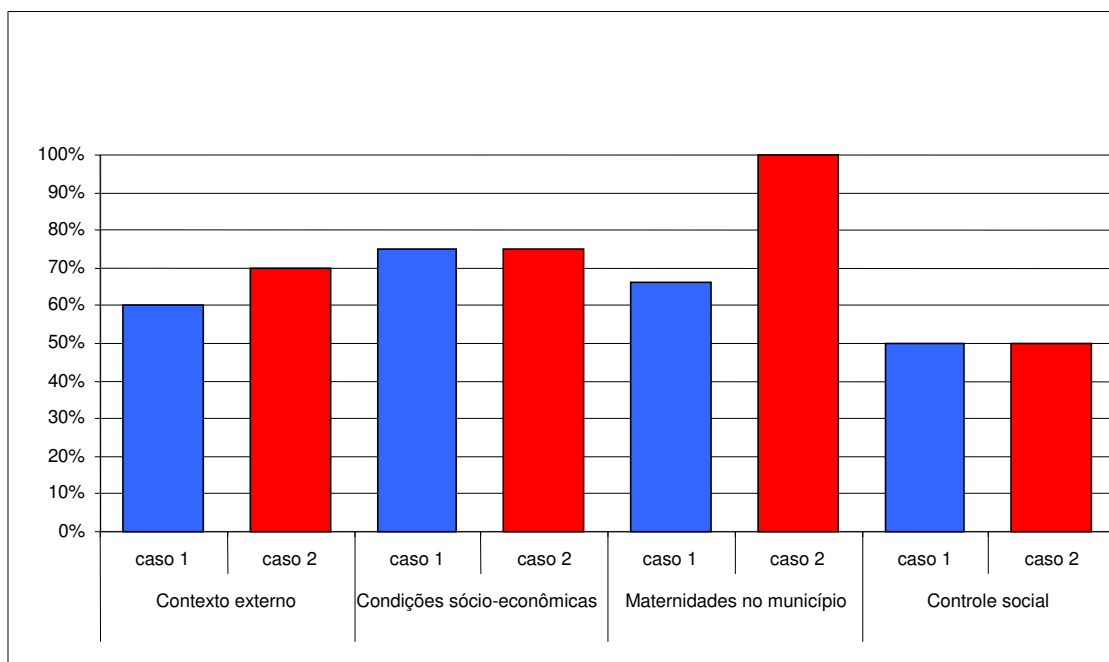
Sintetizando os resultados obtidos nos contextos pelos municípios, podemos visualizar nos gráficos abaixo, os resultados dos casos 1 e 2 por dimensão analisada.

Figura 9 . Distribuição da Pontuação (%) alcançada pelos Casos selecionados por dimensões, Rio de Janeiro, 2006.



Como podemos observar no Gráfico 9, o Caso 1 obteve um resultado superior em quase todos os contextos, em relação ao Caso 2, com exceção do contexto externo, em que o Caso 2 obteve um desempenho melhor.

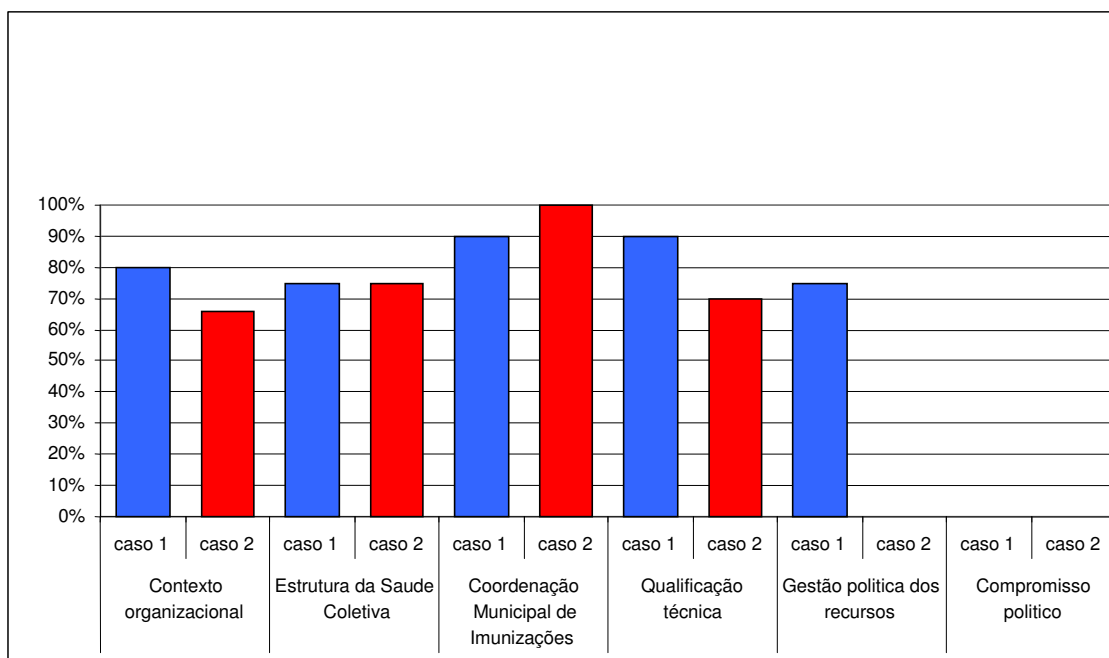
Figura 10. Distribuição da pontuação(%) alcançada do contexto externo, dimensão e subdimensões pelos casos selecionados.



No contexto externo, o Caso 1 obteve 60% de percentual de alcance e o caso 2 obteve 70%. Ambos os municípios foram classificados neste contexto como implantação regular ou parcial, cujo ponto de corte vai de 50 a 79%.

Deve-se ressaltar que os Casos 1 e 2 obtiveram a mesma classificação na subdimensão “condições sócio-econômicas”, e em “controle social”. O que pesou na avaliação foi a existência de maternidades no município, onde o Caso 2 teve uma pontuação melhor que o Caso 1, pelo fato de ter maternidade pública e o Caso 1 dispor apenas de uma maternidade privada, conveniada ao SUS.

Figura 11 . Distribuição da pontuação alcançada (%) do contexto organizacional, dimensão e subdimensões pelos casos selecionados.



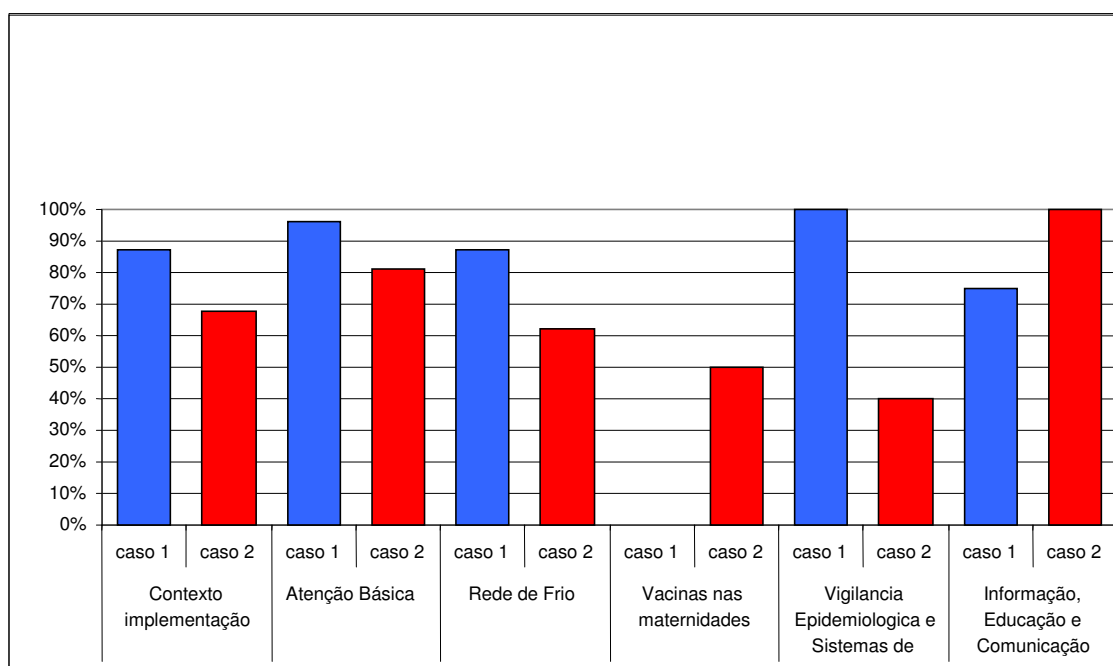
No contexto organizacional, o Caso 1 obteve 80% de alcance e pela classificação adotada, obteve nesta dimensão uma implantação satisfatória. O Caso 2 obteve 66%, e situou-se numa classificação regular ou parcial.

A estrutura de Saúde Coletiva é semelhante nos 2 Casos. Na Coordenação Municipal de imunizações, o Caso 2 obteve um desempenho melhor (10 pontos percentuais), e o que pesou foi o tempo no cargo da coordenadora de imunizações, maior no Caso, o que pode sinalizar para uma continuidade nas ações. Já na subdimensão de qualificação técnica, o Caso 1 teve um desempenho melhor (20 pontos percentuais) do que o Caso 2, sendo esta diferença expressa por melhor capacitação dos técnicos, em termos de frequência e abrangência.

No que se refere à gestão política dos recursos, o Caso 1 obteve mais de 70% , e o Caso 2 obteve 0 pontos percentuais .

Os Casos 1 e 2 não obtiveram nenhum ponto na subdimensão de compromisso político, por isto a linha de base está no zero.

Figura 12 . Distribuição da pontuação alcançada (%) na Implementação: dimensão e subdimensões pelos casos selecionados.

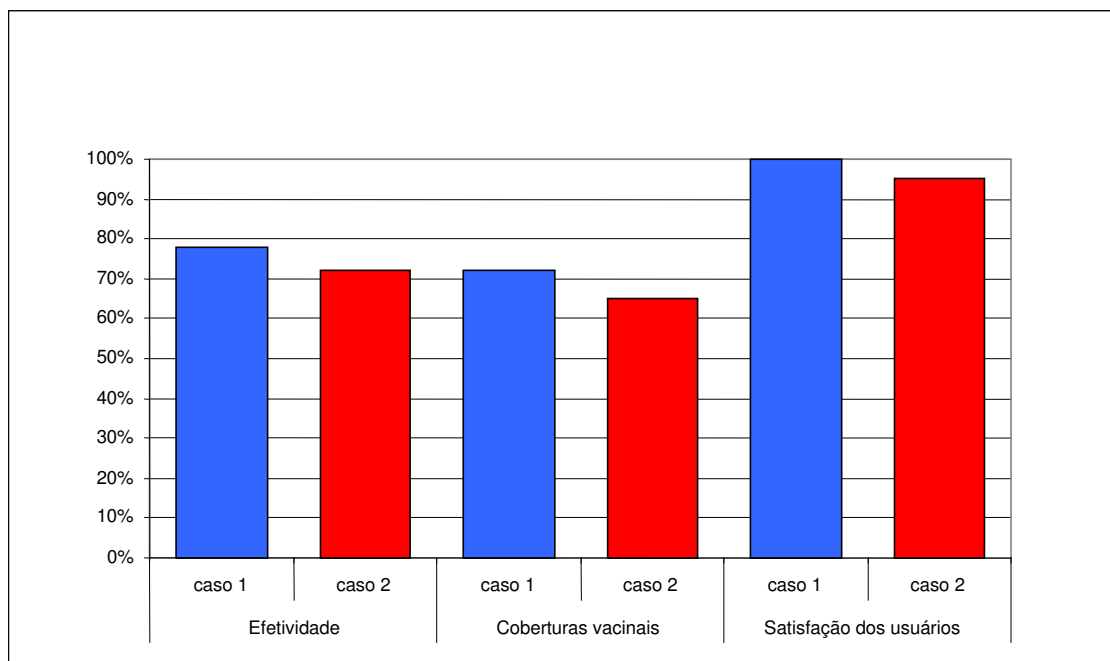


No nível de implementação, o Caso 1 obteve 87% de alcance, o que o situa numa classificação de implantação satisfatória . O Caso 2 teve um percentual de 79% , o que o classifica numa posição de implantação regular .

Nesta dimensão, o que discriminou os 2 municípios e pesou na diferença obtida foram a Vigilância Epidemiológica e o manejo dos Sistemas de Informação, em que o Caso 1 teve um desempenho bem melhor que o Caso 2. Também na atenção básica e na rede de frio o Caso 1 destacou-se com um desempenho melhor.

O Caso 1 não realiza vacina nas maternidades, e isto comprometeu o desempenho neste item, enquanto o Caso 2 realiza na rotina só a Hepatite B na maternidade pública, mas não faz o BCG.

Figura 13. Distribuição da pontuação alcançada (%) na Efetividade : dimensão e subdimensões pelos casos selecionados, Rio de Janeiro, 2006.



Na dimensão de efetividade, o Caso 1 obteve um percentual de 78% , e o Caso 2, obteve 72% , o que classifica ambos como implantação regular ou parcial .

Importante salientar que em nenhuma dimensão os casos obtiveram = ou < que 49% de percentual de alcance, o que caracterizaria uma não implantação , em determinada dimensão.

No que se refere às coberturas vacinais o Caso 1 obteve pouco mais de 70% , e o Caso 2 pouco mais de 60% na pontuação.

No que concerne à satisfação dos usuários , os 2 Casos obtiveram um bom desempenho, embora o Caso 1 tenha tido um percentual de 100% de alcance.

9. DISCUSSÃO

Contexto Externo

Iniciaremos a discussão dos resultados pelo contexto externo, o primeiro a ser analisado no estudo.

As sub-dimensões selecionados foram as condições socioeconômicas, aqui expressa pelo Índice de Desenvolvimento dos Municípios (o IDH), a existência de maternidades nos municípios e o controle social.

O Caso 1 obteve 60% neste contexto analisado, e o Caso 2 teve um percentual de 70%.

Nas subdimensões de condições socioeconômicas e controle social os 2 casos tiveram o mesmo desempenho.

No que se refere ao IDH, ambos os Casos situam-se num patamar de um IDH médio , de acordo com a classificação utilizada nacionalmente como padrão .

O que elevou o Caso 2 na avaliação deste contexto foi a existência de maternidade pública no município, condição não encontrada no Caso 1, que só tinha uma maternidade privada. A existência de maternidade pública é uma condição necessária, mas não suficiente no município no que se refere às ações de Imunizações, pois permite a oferta nestes estabelecimentos daquelas vacinas que são feitas ao nascer, como a BCG e a Hepatite B. Nas maternidades privadas, embora possam ser conveniadas ao SUS, é mais difícil a implantação destas vacinas na rotina de trabalho . Entendemos que a oferta destes imunizantes ao nascer, permite que não se perca esta oportunidade de vacinar crianças ainda na maternidade .

A terceira subdimensão analisada diz respeito ao Controle Social. No presente estudo, foi selecionado como indicador para esta subdimensão a atuação do Conselho Municipal de Saúde e a inclusão das ações de Imunização na sua agenda . Os 2 Casos

obtiveram apenas metade da pontuação máxima, pois ambos possuem Conselhos paritários na sua composição (proporção de gestores e usuários adequada) , e considerados atuantes , mas as ações de Imunizações não fazem parte da agenda rotineira de temas discutidos nas reuniões do Conselho.Cabe ressaltar que a pontuação deste indicador foi dada através de entrevistas com representantes dos usuários no Conselho e também por entrevistas com gestores e técnicos municipais, triangulando os dados no sentido de se obter uma maior aproximação com a realidade .

Cabe ressaltar que o contexto externo não parece ter influenciado os outros contextos na medida em que o Caso 2 obteve uma pontuação melhor que a do Caso 1 neste contexto, o que não se repetiu nos outros níveis analisados. Este resultado é diferente do encontrado no estudo de avaliação da tuberculose na Amazônia Legal, citado no referencial teórico , onde o contexto externo influenciou todos os outros níveis avaliados. Podemos pensar que a existência de maternidade no município (critério que elevou a pontuação do Caso 1 neste contexto), não seja, afinal, uma condição tão relevante para o alcance de boas coberturas para BCG, o que é corroborado nos resultados da efetividade ,que veremos mais adiante.

Contexto Organizacional

No contexto organizacional foram avaliadas 5 subdimensões.

Somando os pontos obtidos no Caso 1 neste contexto temos um percentual de 80% , e para o Caso 2 , um percentual de 66,6%.

Analisando as subdimensões, percebemos que a diferença entre o Caso 1 e o Caso 2 foram maiores no item “ Gestão Política dos Recursos da PPI ECD “ e na “ Qualificação Técnica “ . No que concerne à gestão política, o Caso 1 obteve 75% , e o Caso 2 teve 0 pontos. Esta subdimensão foi avaliada através da existência de um Plano Municipal de Saúde, se este incluía as ações de imunizações ,e se havia conhecimento por parte do corpo técnico do município do percentual do teto financeiro gasto com epidemiologia . No Caso 1 , havia plano , mas não havia nenhum conhecimento do gasto do teto . No Caso 2 , não havia plano municipal de saúde, pois o último , no ano anterior à nossa visita, havia sido rejeitado pelo Conselho. Este item da gestão política dos recursos do teto levou o Caso 2 a mostrar um desempenho ruim no que concerne ao contexto político-organizacional.

No que se refere à qualificação técnica, também o Caso 1 apresentou um desempenho superior ao Caso 2 . Pesaram na avaliação os quesitos referentes a treinamentos dos técnicos . O Caso 1 realizava os treinamentos com frequência adequada , com todos os técnicos, de acordo com as normas preconizadas pelo PNI. O Caso 2 realizava treinamentos eventuais , com uma periodicidade considerada pela coordenação insuficiente, sendo feito, de forma geral, sob demanda . O município alegava para esta deficiência de recursos financeiros e humanos , falta de veículos e de apoio político do gestor .

Os demais itens analisados , quais sejam, a estrutura da saúde coletiva, e a coordenação de imunizações obtiveram bons percentuais de alcance , e semelhantes nos 2 Casos , não tendo sido um bom elemento discriminador no estudo para analisar diferenças entre os 2 municípios .

A gestão política, outra subdimensão deste contexto , também não discriminou nenhum dos 2 Casos, na medida em que nos dois municípios os gestores não tinham o mínimo conhecimento acerca do pacto da epidemiologia e de como aplicar os recursos do teto. Mostrou, sobretudo, o enorme ponto de estrangulamento que é e tem sido ao longo dos anos, a gestão política no atingimento de metas pactuadas num plano técnico, que não pode considerar estes entraves políticos no momento de estabelecer as ações a serem executadas por estados e municípios, embora saiba que eles existem, mas que no momento do monitoramento/avaliação eles surgem, e com uma força que por vezes sobrepuja a excelência técnica de unidades federadas e municípios.

Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo de avaliação da tuberculose ¹³ onde os gestores também não tinham conhecimento do recurso financeiro disponível, no caso citado, o incentivo por caso de tuberculose curado. Isto resultou na não utilização do recurso , pois os técnicos não têm autonomia para aplicá-lo .

Implementação

Esta é a dimensão onde se avalia todo o processo de trabalho, por isto o número de subdimensões é maior que nos outros contextos, embora isto não signifique uma hierarquização na importância das dimensões.

O Caso 1 obteve um percentual de 87% e o Caso 2 obteve um percentual de 79% .

Nesta dimensão foram avaliados a atenção básica , no que se refere à imunizações , à rede de frio, à vacinação em maternidades, à estrutura da Vigilância Epidemiológica e às atividades de educação em saúde.

No que se refere à atenção básica, o Caso 1 teve um bom desempenho, traduzido pela totalidade das unidades de saúde vacinando, incluindo as do PSF . Somente a vacina BCG não é ofertada em todas as unidades, estando disponível nas 2 unidades maiores do município. Observações realizadas nas salas de vacina permitiram avaliar o desempenho dos vacinadores, as explicações dadas às mães, e o horário de atendimento, onde não há interrupção das atividades nem na hora do almoço. A única subdimensão onde não foram alcançados o total de pontos foi aquela que se referia à integração com o PSF. Apenas 47% de cobertura do PSF foi verificada. Os pontos positivos observados foram as unidades de saúde todas com ações de imunização, a investigação de eventos adversos é feita no município, inclusive há um pediatra que atende na Unidade Central que é referência para a investigação. Há conhecimento dos imunobiológicos especiais , das suas indicações e das referências regionais e estaduais.

O Caso 2 implantou a vacinação em 86% das suas unidades , sendo que nas unidades do PSF somente em 63,8% delas há ações de vacinação . Este nos pareceu um ponto de estrangulamento sério no município, pois o PSF tem na vacinação um de seus pilares fundamentais . Uma unidade de PSF que seja , sem vacinas disponíveis , nos parece que perde um pouco do seu objetivo, pois elas habitualmente estão situadas em áreas onde o acesso é difícil , por isto mesmo seria imprescindível vacinar as crianças da área adstrita. A cobertura do PSF no município é de apenas 25% , que nos parece baixa para um município com uma grande extensão geográfica , área rural extensa , e muitas delas de acesso difícil. A investigação de eventos adversos está implantada , embora os casos sejam todos encaminhados à Unidade Central, a atividade

não foi descentralizada. O conhecimento sobre imunobiológicos especiais também está restrito à Unidade Central. O processo de trabalho oferece algumas dificuldades, como a sala de vacina da Unidade Central fechada para o almoço, com um intervalo de 1 hora, o que gera filas, e demora no atendimento. Outro ponto de estrangulamento é a falta de cartões espelho no município, o que impossibilita a busca e resgate de faltosos, já que o município fica apenas com o número de doses aplicadas, não fica com o registro nominal de cada criança. A falta deste insumo já acontece há alguns anos, e neste ano de 2005, por ocasião da visita, foi informado pela coordenadora de Imunizações e da saúde coletiva que os cartões estavam sendo impressos e seriam colocados na rede em 1 a 2 meses.

A vacinação em maternidades para o BCG e a hepatite B, que tem indicação para serem feitas ao nascer, não estão implantadas no Caso 1, pelo fato do município não dispor de maternidade pública. No Caso 2 foi implantada apenas a hepatite B, em 1 maternidade pública, pois o município relata dificuldades de pessoal para realizar o BCG, que é uma vacina que demanda um treinamento mais demorado.

Outra subdimensão avaliada dentro do contexto de implementação foi a rede de frio.

O Caso 1 mostra uma rede de frio adequada, com treinamento dos técnicos adequado, termômetros em todas as geladeiras, leitura adequada, geladeiras exclusivas para vacinas, e principalmente, sem falta de insumos, que são as vacinas e as seringas. O único ponto negativo neste município é que não há gerador de emergência para o caso de falta de energia.

No Caso 2, os técnicos e os usuários relatam falta, ainda que eventual, de algumas vacinas. A coordenação relata dificuldade de veículos e de pessoal para realizar

supervisão aos postos, e informa que as geladeiras nem sempre são de uso exclusivo das vacinas, a leitura das temperaturas não é feita de acordo com o preconizado, e só no ano de 2005 foram compradas caixas térmicas para o transporte de vacinas da Unidade Central para os postos. Um ponto positivo é a existência de gerador de emergência na Unidade Central.

No que se refere à estrutura de vigilância epidemiológica e sistemas de informação, o que diminuiu o desempenho do Caso 2 nesta subdimensão foi o fato de não ter o SIAB (Sistema de Informações de Atenção básica) implantado, não realizar retroalimentação dos dados de Imunizações para as Unidades de Saúde, não ter nenhuma estratégia para busca de faltosos, e não usar cartões espelho na rotina.

Efetividade

Na dimensão efetividade, foram avaliadas 2 subdimensões:

A primeira refere-se as coberturas vacinais. A segunda diz respeito à satisfação dos usuários, neste estudo representados pelas mães das crianças que levam seus filhos aos postos para vaciná-las.

O alcance das coberturas vacinais é de 100% em todos os anos somente para a vacina BCG, e para os outros imunizantes segue uma tendência de crescimento uniforme somente em 2003 e 2004. As coberturas são atingidas em alguns anos, em outros não, quando se considera o período de 2000 a 2004, embora deva se ressaltar uma melhoria das coberturas vacinais, mais evidente em 2003 e 2004, quando quase todas as coberturas vacinais foram atingidas nos 2 municípios, com exceção de Hepatite B, para o Caso 2, que não foi atingida em 2004. Destaca-se o alcance de coberturas adequadas para a vacina tetravalente, historicamente uma vacina que há dificuldades no alcance da cobertura preconizada.

Na satisfação dos usuários , o Caso 1 teve 100% e o Caso 2 obteve 95% .Estes resultados foram obtidos através de entrevistas com as mães nas unidades de saúde, e por observações da autora. O acolhimento parece ser um pouco melhor no Caso 1 , talvez por este município ser de menor porte , com menos dificuldades operacionais, e com equipe de tamanho adequado às atividades. Já no Caso 2 as dificuldades são mais evidentes, filas maiores , população de municípios vizinhos procurando as Unidades de Saúde, em busca de vacinas que nem sempre estão disponíveis nos seus municípios de origem. Cabe lembrar que o Caso 2 é um município polo na região , e dele surgiram municípios “ filhos “,emancipados por vezes sem a estrutura necessária para ações básicas de saúde, o que termina por sobrecarregar o município “ mãe”. O alto grau de satisfação dos usuários parece corroborar a visão de que as atividades de vacinação deram certo no nosso país. Embora não haja ainda um acesso homogêneo às vacinas em todas as regiões do Brasil, fato explicado pelas imensas desigualdades num país de dimensões continentais, e com grandes abismos sociais e econômicos, vacinar no Brasil, na rotina ou em campanhas, é uma das atividades de prevenção bem sucedida.

Necessário ressaltar que as dimensões: contexto organizacional e nível de implementação influenciaram a efetividade , com melhores resultados obtidos em municípios onde a coordenação era mais organizada, onde o programa tinha maior cobertura, e a atenção básica à saúde tinha um melhor desempenho. Este achado está de acordo com o encontrado no estudo de avaliação da tuberculose¹³. Houve uma correlação direta de melhores coberturas vacinais e maior satisfação dos usuários nos municípios com rede de frio adequada, técnicos treinados, insumos com oferta regular, maior cobertura de PSF , e rede de saúde de fácil acesso à população , sem dias marcados para vacinas.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISCUSSÃO

Consideramos que o processo de implementação das ações pactuadas para imunizações e o resultado das metas estabelecidas na Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças nos dois municípios analisados do Estado do Rio de Janeiro de 2000 a 2004 tiveram um desempenho diferente nos dois Casos, sendo que o Caso 1 apresenta uma situação melhor no que concerne à organização de serviços, e de resultados, além de um melhor acolhimento dos usuários, sendo considerada a intervenção analisada de implementação satisfatória de acordo com a classificação adotada no estudo, já que em duas dimensões (organizacional, implementação), alcançou um grau de implantação satisfatório) e nas outras dimensões (externo e efetividade) apresentou desempenho regular. O Caso 2 apresenta um grau de implantação da intervenção considerado regular, já que só alcançou percentuais regulares em todas as dimensões: contexto externo, contexto organizacional, de implementação, e de efetividade.

Embora a PPI ECD pareça estar contribuindo para a melhoria da Vigilância em Saúde, há uma dificuldade visível nos dois Casos analisados, que é referente à gestão política dos recursos, que é incipiente, quase sempre centralizada na Prefeitura ou na Secretaria de Fazenda do município, o que suprime do recurso sua principal vantagem, que é a de ser um recurso descentralizado para a Saúde, fundo a fundo, sem passar pelo Fundo Estadual de Saúde, sem rubrica de aplicação nem elementos de despesa determinados, o que proporciona ao gestor municipal toda liberdade de aplicar o teto financeiro nas demandas municipais mais urgentes, no que concerne à Vigilância em Saúde. Entretanto, se a gestão do teto fica centralizada na Prefeitura, o secretário de saúde perde todo o benefício deste recurso, entrando no caixa único da Prefeitura, e as prioridades da Vigilância se perdem.

Entende-se que a utilização adequada do teto financeiro da epidemiologia é um processo que está ocorrendo, talvez não na velocidade desejada, pois fica atrelado a questões políticas do município, onde nem sempre a Saúde tem prioridade .

A abordagem agregou ao monitoramento de rotina da PPI-ECD, níveis de compreensão dos processos de implementação não verificados com o monitoramento. O tempo médio do estudo por município foi de cinco dias incluindo a coleta e análise dos dados possibilitando pronta resposta. O REM mostrou-se como uma ferramenta de utilidade para avaliações em nível local, podendo explicar os processos e redirecionar as intervenções de saúde com baixo custo e fortalecer a gerência dos programas. A aplicação do REM mostrou-se operacionalmente simples, útil e replicável.

Conclui-se que o monitoramento da PPI ECD traz informações valiosas , na medida em que torna contínuo o processo de acompanhamento das ações pactuadas, e que cada vez mais estende seu universo de municípios monitorados, pois com o advento do Projeto VIGISUS II todos os municípios beneficiados serão visitados ao menos uma vez ao ano. Um processo de avaliação como este que foi descrito no estudo poderá ser usado complementarmente nos casos de municípios que a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde considera prioritários para o monitoramento ,e que talvez necessitem de um olhar que ultrapasse uma avaliação quantitativa das metas , se alcançadas ou não. Os municípios nesta condição são aqueles que entram no monitoramento independente de sorteio ou de qualquer outra forma de amostragem, pois são alvo de denúncias de Ministério Público, do Tribunal de Contas da União, ou de denúncias públicas, simplesmente,que precisam ser apuradas .

À luz desta avaliação, e de acordo com os resultados obtidos, talvez estratégias regionais e até mesmo municipais, possam estar sendo individualizadas e propostas , para um melhor alcance das ações de imunizações.

11.CONCLUSÕES

Resumindo as considerações finais do estudo , podemos afirmar que:

- as ações de imunizações estão implantadas nos 2 municípios analisados, embora de forma diferenciada (no Caso 1 de forma satisfatória , e no Caso 2 de forma regular)
- A PPI ECD parece ter contribuído para uma melhoria das ações de vigilância em saúde , no que concerne à área de imunizações , mais especificamente no que se refere à implementação , o que se traduz por uma melhor rede de frio, pela aquisição de caixas térmicas, e de outros insumos , e de recursos para treinamentos, nos 2 Casos.
- O contexto externo não parece ter influenciado as outras dimensões avaliadas.
- Não há autonomia técnica, gerencial , e principalmente, financeira.
- Há um quase completo desconhecimento por parte dos gestores do recurso da PPI ECD, a que se destina , e das suas possibilidades de aplicação.
- O corpo técnico não tem nenhuma ingerência sobre a aplicação do teto financeiro da epidemiologia .
- O compromisso político é inexistente, gerando a falta de utilização dos recursos do teto financeiro, ou a sua utilização inadequada .
- O contexto organizacional e implementação influenciaram a efetividade , tanto no que concerne ao controle de riscos (coberturas vacinais adequadas) quanto à satisfação dos usuários .
- No que se refere à efetividade ,os dados mostram de 2000 até 2004 , uma tendência crescente das coberturas vacinais nos 2 Casos.
- As ações de imunizações pactuadas na PPI ECD foram alcançadas em 100% apenas para a BCG, onde houve cobertura vacinal adequada nos 5 anos

analisados, nos 2 municípios. Por isto, podemos considerar a BCG o “ padrão ouro “ nas ações de imunização, e o fato de haver ou não maternidade no município não parece influenciar os resultados nas coberturas vacinais .

- No que se refere às outras vacinas, os percentuais são alcançados só em alguns anos, mas cabe ressaltar que quando não o são, os valores se aproximam do preconizado (90% de cobertura para BCG e 95% para os outros imunizantes), não havendo registro de coberturas vacinais muito baixas .
- A escolha das ações de imunizações como condição traçadora para este estudo de avaliação de implantação da PPI ECD parece ter sido adequada, e encontra respaldo em trabalhos de avaliação da Vigilância ¹⁹, onde essas ações são consideradas boas condições traçadoras para uma Vigilância de qualidade.
- As intensas mudanças feitas pelo Ministério da Saúde no calendário vacinal básico²² dos anos analisados, com introdução de novas vacinas, substituição de outras, às vezes com mudança de faixa etária (exemplo do sarampo e da tríplice viral) podem ter gerado dificuldades das mães incorporarem a informação, contribuindo negativamente para o alcance das coberturas vacinais
- O modelo utilizado (REM) mostrou-se adequado num olhar para além do horizonte da efetividade do programa de Imunizações, agregando à avaliação informações de todos os níveis do processo de trabalho, que numa avaliação tradicional poderiam não ser identificadas .

12. LIMITES DO ESTUDO

Deve-se ter em mente que nenhum estudo se esgota em si mesmo. Numa avaliação, as possibilidades de abordagem são inúmeras. Por isto, falar das limitações de um estudo, não significa ser limitante, significa sim, apontar novos caminhos, para além do estudo presente.¹⁷

O fato de apenas o autor ter sido o entrevistador pode ter levado a alguma subjetividade nos achados. Este efeito, porém, tende a ser minimizado, pela utilização de vários informantes-chave, inclusive aqueles como o representante do Conselho Municipal de Saúde, que foi escolhido da representação dos usuários, o que pode excluir a visão somente “ técnica “ ou “ gestora” das entrevistas, e incorporado uma visão dos usuários. Viéses podem ocorrer , se os informantes forem escolhidos com o mesmo ponto de vista . O viés pode resultar também da subjetividade do entrevistador, ao ouvir, transcrever, ou analisar as informações coletadas . Neste processo, informações relevantes podem ter sido perdidas, ou não valorizadas. A limitação de ter se usado também dados secundários pode ter induzido a viéses de análise, por serem bancos de dados onde o autor não tem nenhuma ingerência. A necessidade da presença do avaliador junto ao profissional avaliado também é uma limitação do estudo²⁴

Nesse estudo , a análise da efetividade , com exceção do que se refere à satisfação dos usuários, foi baseada em banco de dados secundários , que foram as coberturas vacinais, obtidas através do PNI.

Os escores utilizados no estudo para avaliar as subdimensões podem não ter sido os melhores, pois estes nunca são exaustivos nas subdimensões cobertas²⁴

Outra limitação importante no estudo é em relação à sua validade externa, pois os resultados encontrados são decorrentes de um processo de implantação condicionado por características contextuais próprias²⁴

No que diz respeito à satisfação dos usuários, a dimensão avaliada foi apenas o atendimento na Unidade de Saúde específico para Imunizações, o que pode ter sido um fator limitante²⁴

Para minimizar os efeitos dos possíveis vieses citados, lembramos que o rigor científico e a validade da abordagem do método REM depende da triangulação.

13. PRODUTO ESPERADO E MODO DE DIFUSÃO DOS ACHADOS

Como a presente dissertação é o produto de um Mestrado Profissional de Vigilância em Saúde, acreditamos que o estudo pode ser o embrião para a utilização do modelo rápido de avaliação (REM) na validação de outras ações pactuadas na PPI ECD, ou até de outros pactos, ou de outros Programas que necessitem, em determinados momentos, de uma avaliação rápida. E, na dependência dos resultados encontrados, subsidiar o processo de monitoramento da PPI ECD com a inclusão, exclusão ou modificação de indicadores para uma estimativa mais sensível do alcance das metas pactuadas com estados e municípios.

Pretende-se também elaborar um artigo com os resultados desta dissertação, no sentido de se proporcionar uma divulgação mais ampla.

14.REFERÊNCIAS

¹COSEMS Manual do Gestor - SUS O Avanço democrático da saúde.Rio de Janeiro;maio 2001

² Brasil.Ministério da Saúde .Portaria nº 1.399. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 15 dez.

³ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 950. Define o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças TFECD. Diário Oficial da União 1999; 23 dez.

⁴ Brasil.Ministério da Saúde Portaria n. 1172. Dispõe sobre a Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde, define o financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2004

⁵Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde . Roteiro de Monitoramento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças ; 2003

⁶Rossi, Ph & Freeman He, 1982. Evaluation: a systematic approach(2a ed.) London.

⁷Deming,We, 1975.The logic of evaluation. In: Struening, El, & Guttentag M. Handbook of evaluation research.Vol.1 London:

- ⁸Patton,Mq 1986. Utilization-focused evaluation (2^aed.) Beverly Hills. In: Schalock, RL.*Outcome-based evaluation*. New York: Plenum Press, 1995.
- ⁹Motta, Pr, 1989. Avaliação na administração pública: eficiência, eficácia, efetividade. Lisboa. In: Marly Aparecida Elias Cosendey . Tese de Doutorado. Rio de Janeiro ;abril 2000
- ¹⁰ Silver , L, 1992. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo E.; Rivera, FJU & Machado , MH. *Novos desafios em políticas de saúde*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- ¹¹Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL & Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: Hartz ZMA organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
- ¹².Cosendey, Marly Aparecida Elias. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica : um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil . Tese de Doutorado. Rio de Janeiro ;abril 2000.
- ¹³ Santos EM, Natal S, Penna ML, Hartz Z, Sabroza P, Cruz M et al.Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: estudo de casos na Amazônia Legal. Boletim de Pneumologia Sanitária 2004; 12(2):91-109.
- ¹⁴ Simi, Afonja . Rapid Assessment Methodologies Application to health and nutrition programmes in Africa.
- ¹⁵ Hartz ZMA.Avaliação em Saúde . Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas . Editora Fiocruz ;2002;

¹⁶ Santos, EM, Hartz, H, Natal, S et al. Avaliação dos Programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose e Hanseníase na Amazônia Legal. IN: Santos, Elizabeth Moreira e Natal, Sonia (org) Dimensão técnico operacional : unidade didática pedagógica : modelo lógico do programa. ABRASCO, 2005.

¹⁷ Samico, Isabella Chagas. Avaliação da Atenção a Saúde da Criança : um estudo de caso no estado de Pernambuco. Tese de Doutorado . Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ; Recife, 2003

¹⁸ Miranda, Alcides S. de, Scheibel, Ilóite M., Tavares, Mario R. G. et al. Assessment of immunization coverage for the basic schedule in children. Rev. Saúde Pública, June 1995, vol.29, no.3, p.208-214. ISSN 0034-8910.

¹⁹ Carvalho, Marília Sá and Marzocchi, Keyla B. F. Assessment of epidemiological surveillance practice in the public health services of Brazil. Rev. Saúde Pública, Apr. 1992, vol.26, no.2, p.66-74. ISSN 0034-8910.

²⁰ Silva, Antônio Augusto Moura da, Gomes, Uilho Antônio, Tonial, Sueli Rosina et al. Vaccination coverage and some risk factors for non-vaccination in an urban area of Northeastern Brazil, 1994. Rev. Saúde Pública, Apr. 1999, vol.33, no.2, p.147-156. ISSN 0034-8910.

²¹ Simões, Luciana Leite Pineli, Andrade, Ana Lúcia S S, Laval, Cristina A et al. Impact of Haemophilus influenzae b (Hib) vaccination on meningitis in Central Brazil. Rev. Saúde Pública, Oct. 2004, vol.38, no.5, p.664-670. ISSN 0034-8910

²² Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. Normas e Diretrizes do Programa Nacional de Imunizações .

²³ Brasil.Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Anual de Trabalho 2004.

²⁴ Felisberto, Eronildo. Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco de 1988 a 1989 .Tese de Mestrado no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ; Recife, 2001

ANEXO I (Roteiro de Entrevista para gestores)

Roteiro de Entrevista para Avaliar o Processo de Implantação das Ações da PPI-ECD, utilizando como condição traçadora a meta de Imunizações em municípios no Estado do Rio de Janeiro

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistados:

Secretário Municipal de Saúde e/ou Superintendente de Saúde Coletiva e/ou Coordenador do Programa Municipal de Imunizações

INFORMAÇÕES GERAIS :

Contexto Organizacional :

1.Gestão Municipal:

1.1.Existe um setor na SMS que se responsabilize pela PPI-ECD?

SIM NÃO

1.1.2. Em que ano o município foi certificado ? _____.

1.1.3.Comentários:_____

1.2. Esse setor é subordinado a:

1.2.1. Vigilância Epidemiológica: SIM NÃO

1.2.2 Vigilância em Saúde: SIM NÃO

1.2.3 Comentários: _____

1.3. Existe um setor na SMS ao qual o Programa Municipal de Imunizações(PMI) esteja subordinado ?

SIM NÃO

1.3.1. Tem coordenador designado? SIM NÃO

1.3.2. Há quanto tempo ?_____

1.3.3 Qual a formação básica do Coordenador de Imunizações? _____

1.3.3. Participa dos pactos (PPIs)? SIM NÃO

1.3.4 . Os técnicos do PMI tem sido capacitados de acordo com as diretrizes do PNI ?

1.3.4 Comentários: _____

1.4. Esse setor é subordinado a:

1.4.1. Vigilância Epidemiológica: SIM NÃO

1.4.4. Vigilância em Saúde: SIM NÃO

1.4.6. Comentários: _____

1.5. A SMS utiliza ferramenta (s) para o monitoramento das ações de Imunizações ?

SIM NÃO

1.5.1. Qual (is)? _____

1.5.2. Periodicidade do monitoramento: Mensal Bimestral Trimestral
Semestral Outros:

1.5.3 O monitoramento é divulgado entre os profissionais de saúde?

SIM NÃO

1.5.4. Se sim, de que forma: _____

1.6. Existe articulação e/ou programação conjunta do PMI com outros setores e/ou órgãos

do município (formal e Informal)? SIM NÃO

1.6.1. Se sim, especificar: _____

1.6.2. Comentários: _____

1.7. Existe plano municipal de saúde? SIM NÃO

1.7.1 Se sim, as ações de imunizações estão incluídas ? SIM NÃO

1.7.2. Quem elabora?

Representantes de diferentes áreas da SMS: ;

Técnicos da SMS da área de Imunizações ;

Técnicos da área de Planejamento ;

e Outros

1.7.3.Comentários: _____

1.8. O Secretário Municipal de Saúde é Gestor do Fundo Municipal de Saúde ?

SIM NÃO

1.81. O Secretário Municipal tem conhecimento da PPI e das diretrizes para aplicação do teto financeiro ?

1.8.2. Se não, como o Fundo é gerido: _____

1.9. Financiamento: Recursos do TFECD para o município:

Repasse mensal do TFECD: R\$ _____

1.9.1. Valor aplicado nas ações de Imunizações :R\$ _____

1.9.2. Valor da contrapartida municipal para a área de epidemiologia e controle de doenças R\$ _____

1.9.3. Valor da contrapartida destinada às ações de Imunizações ?

R\$ _____

1.9.4. A contrapartida está identificada no orçamento do município ou SMS?

SIM NÃO

1.9.5. De que forma? _____

Comentários: _____

A . Dimensão : Contexto Externo :

1. Condições Sócio Econômicas :

1. IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do município _____

2. Controle Social

2.1 O Conselho Municipal de Saude é paritário ? _____

2.2 É atuante ? _____

2.3 Reune –se com que periodicidade ? _____

2.4 Tem conhecimento das ações de Imunizações ?

3. Cobertura do PACs / PSF no município _____

4.1 Número de equipes de PACs / PSF no município _____

4.2 Houve capacitação destas equipes para as ações de Imunizações? _____

4.3 O PACs / PSF desenvolve ações de Imunizações ?

4.4 Nas localidades onde há PACs/ PSF , há uma melhoria das coberturas vacinais ? _____

Comentários: _____

Dimensão : Implementação :

1 . Atenção Básica de Saude :

1.1. Cobertura das ações de Imunizações :

Número de Unidades que realizam atividades de Imunizações / Número de Unidades de Saude existentes no município _____

1.2 Capacitação :

Número de profissionais com treinamento em sala de vacina / Número de profissionais atuando em sala de vacina

1.3 Integração com o PSF : Percentual de Unidades do PSF que desenvolvem ações de Imunizações _____

1.4 . Eventos adversos pós –vacinação :

Os profissionais são treinados para notificar e investigar eventos adversos das vacinas e se necessário, encaminhá-los para a referencia estadual ?

1.5 . Referencia para imunobiológicos especiais :

Os profissionais tem conhecimento dos imunobiológicos especiais , suas indicações e das referências , municipal, estadual , se necessário ?

2 . Rede de Frio

2.1. Insumos (vacinas e seringas) disponíveis nas UBSs ?

SIM NÃO

2.2 Há Geladeiras exclusivas para armazenar vacinas ?

SIM NÃO

2.3 Há caixas térmicas nas UBSs para transporte de vacinas ?

SIM NÃO

2.4 Há termômetros adequados nas UBSs para verificar a temperatura da geladeira e das caixas térmicas ?

SIM NÃO

2.5 Há profissionais realizando a leitura das temperaturas conforme as normas do PNI ?

SIM NÃO

2.6. Há profissionais realizando a limpeza da geladeira conforme preconizado no Manual da Rede de Frio ?

SIM NAO

2.7 . Há gerador nas UBSs para evitar perdas de vacina em caso de falta de energia ?

SIM NAO

2.8 Os profissionais estão treinados segundo as diretrizes do Manual da Rede de Frio do PNI ?

SIM NAO

2..Comentários: _____

3. Implantação do BCG nos municípios :

3.1 .Existência de maternidade no município

SIM NÃO

3.2 . Quantas ? _____

3.2.1 Destas, quantas aplicam o BCG na rotina ?

3.2.2 . A maternidades do município realizam a vacinação com equipe própria ou com equipe da SMS ?

4. Vigilancia Epidemiologica e Sistemas de Informação

4.1. O SI API (Sistema de Informação de Acompanhamento do Programa de Imunizações está implantado , alimentado regularmente , e enviando dados para o nível estadual ?

SIM NÃO

Comentários : _____

4.2 . O SINAN está implantado , e enviando dados para o estado com a periodicidade definida ?

SIM NÃO

Comentários : _____

4.3 . O SIAB está implantado e com as informações referentes as ações de imunizações ?

SIM NÃO

Comentários : _____

4.4 . As UBSs estão sendo retroalimentadas com dados de coberturas vacinais e de doenças imunopreveníveis ?

SIM NÃO

Comentários : _____

4.5 A Coordenação do PMI tem feito análise dos dados de cobertura vacinal , da rotina e de campanha ?

SIM NÃO

Comentários : _____

4.6 . As coberturas vacinais estão sendo usadas para reorientar a rotina e para a busca de faltosos ?

SIM NÃO

Comentários _____ :

4.7. Os profissionais da Vigilância Epidemiológica / Vigilância em Saúde estão treinados para manejo do SINAN e do API ?

SIM NÃO

Comentários : _____

4.8 O município tem estratégias para busca sistemática de faltosos ?

SIM NÃO

Quais são elas ?

5 . Atividades de Informação e Educação para a Saúde :

5.1 . O material de informação para a rotina das ações de Imunizações tem divulgação adequada ?

SIM NÃO

5.2. O material de informação sobre Campanhas tem divulgação adequada ?

SIM NÃO

5.3 Há envolvimento com a Sociedade Civil organizada , ONGs e outras parcerias , para a implementação das ações de Imunizações , especialmente campanhas ?

SIM NÃO

Comentários : _____

ANEXO II (Roteiro de Entrevista para Usuários)

Roteiro de Entrevista para Avaliar o Processo de Implantação das Ações da PPI-ECD,
utilizando como condição traçadora Imunizações em municípios no Estado do Rio de
Janeiro

Roteiro de Entrevista para Usuários

Entrevistados:

Usuários dos Serviços Municipais de Saúde

1. Sabe o que são vacinas ? SIM NÃO

1.1. Comentários: _____

2. Sabe para que elas servem ? SIM NAO

2.1 Se SIM, sabe que doenças elas previnem ?

2.1.Comentários: _____

—

3. De que maneira obtem informações sobre as vacinas e sobre as datas para tomá-las ? ?

3.1.Comentários:_____

4. Existe no bairro onde você mora, Unidade de Saúde com vacinas disponíveis para a população ? SIM NÃO

4.1. Se sim,especificar:_____

5. Algum profissional de saúde da prefeitura entra na sua casa para executar alguma ação referente a vacinas ?

SIM NÃO

5.1. Se sim, o que é feito:

5.2. _____

Comentários:_____

6. Já teve alguma doença que pudesse ter sido evitada por alguma vacina ?

SIM NÃO

6.1. Se sim, qual foi ela ?

Comentários: _____

7. Existe no bairro que você mora, Unidade Básica de Saúde? SIM NÃO

7.1. Caso não tenha, qual a distância da UBS mais próxima? _____

7.2. Qual o meio de transporte usado: _____

7.3. Quanto custa o deslocamento: _____

7.4. Já utilizou o serviço de uma UBS? SIM NÃO

7.4.1. Se sim, especificar o atendimento _____

7.4.2. Comentários: _____

8. Já houve alguma ocasião de ir a UBS e a vacina que precisava, não estar disponível?

SIM

NAO

Se Sim, qual foi a vacina que não estava disponível? : _____

Comentários : _____

9. Quanto tempo(em média) você costuma esperar para a sua criança ser vacinada ?

10. A sua criança ou alguém da sua família já teve algum problema (reação grave a alguma vacina ?

SIM

NAO

Se sim, teve assistência médica adequada ? explique qual foi a reação e qual o atendimento prestado pelo municipio :

11 . Nas UBS que frequenta, existe dia (s) marcado (s) para alguma vacina ?

SIM

NAO

Se sim , quais as vacinas para as quais há” agendamento “ ?

10. Dê uma nota (de 0 a 10) para o serviço de Imunizações no seu municipio :

Justifique a nota ou faça os comentários que julgar necessários

ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Avaliação do processo de implantação das ações de Imunização da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças no Estado do Rio de Janeiro.

Eu, abaixo assinado, após ter sido esclarecido pelo entrevistador, declaro que concordo em participar do projeto de pesquisa: “ Avaliação do processo de implantação das ações de Imunização da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças, no estado do Rio de Janeiro ”, cujo objetivo é avaliar o processo de implantação das ações da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças, utilizando como condição traçadora as ações/metasp de Imunizações em municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2004

Estou ciente dos objetivos desta pesquisa e concordo em responder o questionário, sabendo que tenho a garantia do sigilo, ou seja, segredo sobre minha identidade, tendo em vista de que as informações que prestarei serão tratadas de forma confidencial.

Declaro ainda que estou ciente de que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja prejuízo de qualquer natureza para a minha pessoa.

Em caso de dúvidas, poderei contactar o responsável pela pesquisa e o Comitê de Ética e Pesquisa nos telefones e endereços eletrônicos: Claudia Ferro Nazareno – Tel: 0XX 21 24411047 e e-mail: claudia.ferro@saude.gov.br e o CEP (Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/ Fiocruz) - Tele Fax – 0XX 21 2598-2570 cep@ensp.fiocruz.br

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO IV - MODELO LÓGICO DAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÕES DA PPI ECD

INSUMO

ATIVIDADE

PRODUTO

RESULTADO

IMPACTO

