

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação de Implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro”

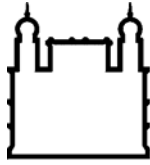
por

Dolores Maria Franco de Abreu

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elizabeth Moreira dos Santos

Rio de Janeiro, junho de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação de Implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Dolores Maria Franco de Abreu

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Helia Kawa

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos – Orientadora

Catálogo na Fonte

Instituto de comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

A162 Abreu, Dolores Maria Franco de
Avaliação de implantação do Núcleo Descentralizado de
Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II, Estado do Rio de
Janeiro. / Dolores Maria Franco de Abreu. Rio de Janeiro : s.n.,
2009.

xiv, 109 p., tab.

Orientador: Santos, Elizabeth Moreira dos
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 2. Vigilância
da População. 3. Descentralização. 4. Desenvolvimento de
Programas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425098153

DEDICATÓRIA

Para meus filhos Fernanda e Felipe, que pela tenra idade não puderam compreender os meus “agora não”, o que propiciou momentos de reclamações, beicinhos e choradeiras.

Para Marco, marido que observou resignado o meu distanciamento e me apoiou nos momentos mais difíceis.

Amo-os ainda mais.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Elizabeth Moreira dos Santos, pelos ensinamentos e pela orientação. Apesar de muitas vezes distante, em função de compromissos institucionais que em alguns momentos me levaram ao desalento, sempre esteve pronta a me mostrar os melhores caminhos a percorrer nesse universo da avaliação que é novo para mim. Sua força sempre foi o meu estímulo para continuar.

À gerência geral dos NDVS e do COGEST da SESDEC/RJ pelo interesse, apoio e presteza no fornecimento de informações. A conduta de ambos me proporcionou liberdade para conduzir esta avaliação.

Aos Coordenadores dos Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde que tanto colaboraram para minha pesquisa. Sem eles, boa parte dela não teria acontecido. Meu muito obrigado.

À Lausanne, coordenadora do Núcleo em que trabalho, por seu estímulo, amizade e por sua paciência.

Ao pessoal da secretaria do departamento de endemias e do LASER, especialmente Martha, pela simpatia e atenção.

À Carla Decotelli por sua ajuda nos primórdios do meu projeto. Se não tivesse partido para outro Continente, certamente teria colaborado muito mais.

À Marly, seu ar sapeca esconde uma profissional competente e aplicada. Ocupadíssima, pouco tempo me dispensou mas, sempre me pareceu vigilante e amiga.

A todos os meus professores do Curso de Mestrado por contribuírem para o meu crescimento pessoal.

Aos colegas do Curso de Mestrado, especialmente Jussara, pela cumplicidade, colaboração e bons momentos de risadas.

Aos colegas de trabalho que me ajudaram a realizar esta avaliação, sendo solidários, participativos e francamente interessados.

À minha sogra Lia, que atravessava a poça para cuidar de meus filhos na hora dos meus apertos.

À Magda, vizinha e amiga de todas as horas. Sempre me socorrendo com os meus ‘Pequenos’ e oferecendo aquela taça de vinho em necessários momentos de conversa e descontração.

À Renata, com quem pude contar todo esse tempo para cuidar de minha casa, dos meus filhos e de mim. Sem ela tudo estaria um caos.

A todos os meus amigos cujo contato tornou-se exíguo nesses últimos dois anos, agradeço a compreensão.

À Danielle Moraes, uma das grandes responsáveis pelo meu ingresso no Curso e meu “ouvido amigo”, sem o qual teria sido muito difícil. É iluminada. Seu otimismo e força são admiráveis. A ela todo meu carinho.

À Diany Riqueta, pessoa doce e muito querida. Partilhou dos meus fracassos e minhas conquistas. Verdadeira prova de que boas amizades podem surgir num ambiente competitivo de trabalho. Está em meu coração.

Aos meus familiares, obrigado pela compreensão de minha ausência nas muitas reuniões de família.

Ao meu pai, homem simples que com seu trabalho me proporcionou os bens materiais e com seu amor me preparou para a vida.

À minha mãezinha, Dolores, que apesar de não fazer mais parte desse mundo, está sempre presente nas minhas conquistas e nos meus tropeços. A ela agradeço boa parte do que sou hoje.

Se esqueci de alguém, me perdoe.

“Alcance as alturas, pois as estrelas estão encobertas em sua alma. Sonhe profundo, pois todo sonho precede a meta.”

Pamella Vaul Starr

RESUMO

O estudo tem por objetivo avaliar a implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde (NDVS) da Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro. Foi utilizado para tal, o Modelo Lógico do Programa (MLP) e o Modelo Teórico de Avaliação (MTA). A avaliação foi conduzida através de estudo de caso único com múltiplos níveis de análise. Para definir o grau de implantação foi utilizada uma matriz de julgamento onde foram pontuadas as dimensões escolhidas para essa pesquisa. Foram utilizadas as dimensões: técnica e, a de gestão e financiamento. A dimensão técnica é composta das subdimensões de integralidade, articulação técnica e adesão. Do mesmo modo, a dimensão de gestão e financiamento também é composta por subdimensões, a saber: administrativa e financeira. O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira foi realizada avaliação do grau presumido de implantação dos NDVS do Estado através de estudo descritivo dos mesmos. Na segunda etapa foi realizada a avaliação do grau observado de implantação da NDVS Metro II. Os dados foram coletados de várias fontes o que permitiu aumentar a confiabilidade dos resultados. Os parâmetros aplicados para avaliar o grau de implantação foram definidos por meio de quartis: não implantado para valores menores que 25%; crítico para valores entre 25 e 49%; parcialmente implantado se entre 50 e 79% e, implantado quando acima de 80%. Foi possível constatar que 33% dos Núcleos apresentam níveis críticos de implantação. Os outros 67% encontram-se parcialmente implantados. O NDVS Metro II encontra-se parcialmente implantado e suas maiores fragilidades estão na dimensão técnica, onde a subdimensão integralidade obteve escores muito baixos tendo um grau de implantação crítico nesse componente. A subdimensão financiamento também apresentou baixas pontuações. As dificuldades relacionadas aos recursos financeiros estão contribuindo para que as ações sejam implementadas sem todas as dimensões técnicas necessárias. A autonomia técnica e gerencial está limitada pelos entraves institucionais. Recomenda-se o investimento em capacitações, a definição de estratégias conjuntas de atuação e, a estruturação material e financeira.

Palavras-chave: Avaliação, Avaliação de Programas, Vigilância em Saúde Pública, Implantação, Descentralização.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the implantation of the Decentralized Center of Health Surveillance (DCHS) of Metropolitan Area II, State of Rio de Janeiro. The Logical Model of Program (LMP) and the Theoretical Model of Evaluation (TME) were used. The evaluation was carried out by single case study with multiple levels of analysis. To define the degree of implantation, a judging matrix where in the chosen dimensions were scored for the research in question was employed. The technical and; administration and financing dimensions were used. The technical dimension is comprised of integrality, technical articulation and adhesion. In the same way, the administration and financing dimension is also comprised of sub-dimensions, namely, administrative and financial. The study was developed in two stages. In the first one, the evaluation of the presumed degree of implantation of the DCHS's of the State by descriptive study of the same was carried out. In the second stage, the evaluation of the observed degree of implantation of "DCHS Metro II" was accomplished. The data were collected from several sources, which enabled the reliability of the results to increase. The applied parameters to evaluate the degree of implantation were defined by means of quartis: "not implanted" for values lesser than 25%; "critical" for values between 25 and 49%; "partially implanted" for values between 50 and 79% and "implanted" for values above 80%. It was possible to verify that 33% of the DCHS's present critical levels of implantation. The remaining 67% are partially implanted. "DCHS Metro II" is partially implanted and its largest fragilities are in the technical dimension, in which the sub-dimension integrality got very low scores, having a critical degree of implantation in this component. The financing sub-dimension also presented low scores. The difficulties related to the financial resources contribute to the implementation of the actions without all the necessary technical dimensions. The technical and management autonomy is limited by institutional impediments. Investment in trainings, definition of conjunct strategies of acting and, material and financial structuring are recommended.

Keywords: Evaluation, Evaluation Programs, Public Health Surveillance, Implantation, Decentralization

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	1
1.1 Situação Problema	3
II – REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1 Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde	4
2.2 Projeto VIGISUS e Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde	5
III– OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo Geral.....	8
3.2 Objetivo Específico.....	8
IV – MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO - MTA	9
4.1 Pergunta Avaliativa	9
4.2 Contexto da Intervenção	9
4.3 Modelo Lógico do Programa	10
4.4 Foco e Abordagem da Avaliação	13
4.5 Desenho da Avaliação	15
4.5.1 Descrição do Estudo	15
4.5.2 Seleção das Unidades de Análise	17
4.5.3 Técnica de Coleta de Dados e Instrumentos	18
4.5.4 Plano de Análise	20
4.6 Meta-avaliação	36
V – RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Grau Presumido de Implantação dos NDVS do Estado.....	37
5.1.1 Caracterização dos Núcleos	37
5.1.2 Caracterização dos Coordenadores dos Núcleos	42
5.1.3 Pontuações Obtidas	43
5.2 Grau observado de implantação do NDVS Metro II	51
5.2.1 Caracterização dos Entrevistados	51
5.2.2 Contexto Organizacional	52
5.2.3 Descrição do Grau de Implantação	59
VI – LIÇÕES APRENDIDAS	76

VII – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	77
7.1 Grau Presumido de Implantação dos NDVS do Estado.....	77
7.2 Grau de Implantação do NDVS Metro II	78
7.3 NDVS Metro II e demais Núcleos do Estado	79
REFERÊNCIAS	82
ANEXOS	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação de usuários potenciais da avaliação e participação no processo avaliativo	15
Quadro 2. Etapas, instrumentos e fontes de informação	17
Quadro 3. Indicadores de implementação segundo componentes estruturais e níveis de relevância por dimensões	24
Quadro 4. Indicadores de implementação para a dimensão Técnica segundo o componente estrutural insumo: subdimensão integralidade e articulação técnica	25
Quadro 5. Indicadores de implementação para a dimensão Técnica segundo o componente estrutural insumo: subdimensão adesão	26
Quadro 6. Indicadores de implementação para a dimensão Técnica segundo o componente estrutural atividade: subdimensão integralidade e, articulação técnica .	26
Quadro 7. Indicadores de implementação para a dimensão Técnica segundo o componente estrutural atividade: subdimensão adesão	27
Quadro 8. Indicadores de implementação para a dimensão Gestão e Financiamento segundo o componente estrutural insumo	28
Quadro 9. Indicadores de implementação para a dimensão Gestão e Financiamento segundo o componente estrutural atividade	29
Quadro 10. Matriz de análise e julgamento da dimensão Técnica segundo componente insumo	32
Quadro 11. Matriz de análise e julgamento da dimensão Técnica segundo componente atividade	33
Quadro 12. Matriz de análise e julgamento da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente insumo	34
Quadro 13. Matriz de análise e julgamento da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente atividade	35

Quadro 14. Parâmetros para o grau de implantação	36
Quadro 15. Caracterização dos NDVS, conforme municípios e cidade pólo	38
Quadro 16. Caracterização dos Coordenadores dos NDVS do Estado do Rio de Janeiro, segundo sexo, idade, formação, especialidade e tempo de ocupação do cargo	42
Quadro 17. Caracterização dos técnicos entrevistados do NDVS/Metro II, segundo sexo, idade, formação, especialidade e função	52
Quadro 18. Matriz de julgamento da dimensão Técnica segundo componente insumo	60
Quadro 19. Matriz de julgamento da dimensão Técnica segundo componente atividade	60
Quadro 20. Grau de implantação para a dimensão Técnica	67
Quadro 21. Matriz de análise e julgamento da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente insumo	69
Quadro 22. Matriz de análise e julgamento da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente atividade	70
Quadro 23. Grau de implantação para a dimensão Gestão e Financiamento	74
Quadro 24. Grau de implantação do NDVS – Metro II	75

LISTA DE FIGURAS, FLUXOS, GRÁFICOS, MAPAS E TABELAS,

Figura 1. Diagrama representativo das dimensões, subdimensões e seus componentes	30
Fluxo 1. Modelo Lógico do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde – Estado do Rio de Janeiro	12
Fluxo 2. Recorte do organograma da SESDEC-RJ	71
Gráfico 1. Grau de implantação obtido pelas unidades de análise: Dimensão Técnica e; Gestão e Financiamento	50
Gráfico 2 Grau de implantação dos NDVS do Estado do Rio de Janeiro	51
Mapa 1. Região Metropolitana II e suas microrregiões	10
Tabela 1. Número de profissionais por NDVS e função	41
Tabela 2. Grau de implantação da dimensão Técnica segundo componente insumo	44
Tabela 3. Grau de implantação da dimensão Técnica segundo componente atividade	45
Tabela 4. Grau de implantação da dimensão Técnica segundo componentes: insumo e atividade.....	46
Tabela 5. Grau de implantação da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente insumo	47
Tabela 6. Grau de implantação da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente atividade	49
Tabela 7. Grau de implantação da dimensão Gestão e Financiamento segundo componentes: insumo e atividade	49

LISTA DE SIGLAS

CBVS – Curso Básico de Vigilância da Saúde
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CN – Coordenador de Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COGEST – Coordenação de Gestão
CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DIASS – Divisão de Informação e Análise da Situação de Saúde
DICOF – Divisão de Controle Orçamentário e Financeiro
DIPLAN – Divisão de Planejamento e Programação
DNDVS – Divisão de Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
GOI – Grau observado de implantação
GPI – Grau presumido de implantação
HEAT – Hospital Estadual Alberto Torres
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M&A – Monitoramento e Avaliação
METRO II – Região Metropolitana II
MLP – Modelo Lógico do Programa
MS – Ministério da Saúde
MTA – Modelo Teórico da Avaliação
NDVS – Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAP VS – Programação de Ações Prioritárias em Vigilância da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PPI – Programação Pactuada Integrada
PPI ECD – Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças

PPI VS - Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
REM – Rapid Method Evaluation
SAS – Subsecretaria de Atenção à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC – Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUDS – Sistemas Unificados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Superintendência de Vigilância da Saúde
TFECD – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS – Teto Financeiro de Vigilância da Saúde
TM – Técnico da Secretaria Municipal de Saúde
TN – Técnico do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde da Região Metro II
UAT – Unidade de Apoio Técnico
VIGISUS – Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde do SUS
VS – Vigilância em Saúde

I – INTRODUÇÃO

O presente estudo se propôs a avaliar o grau de implementação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro (NDVS-METRO II/RJ), considerando os diferentes componentes, as atividades desenvolvidas e o contexto onde são realizadas.

A iniciativa de realizar esta avaliação foi decorrente de meu interesse, enquanto sanitarista do mesmo, em entender melhor o nosso processo de trabalho.

Ao participar de um momento novo, onde o Estado inaugurava uma proposta inédita de tomar a Vigilância da Saúde como referência norteadora para a organização regional dos serviços, o interesse mais imediato foi o de saber como o Núcleo desenvolveria suas ações e de que forma ele se firmaria como uma instância estadual junto aos municípios. Enfim, causou-me uma inquietação para saber “*a que viemos*”.

A construção da Vigilância da Saúde, no Brasil, teve início nos anos 90, quando a experiência dos Sistemas Unificados de Saúde (SUDS) em alguns estados, tendo como eixo os Distritos Sanitários, suscitou a possibilidade de redefinição das práticas e reorganização dos serviços de saúde, com base em intervenções sobre os problemas e necessidades da população de um determinado território (Teixeira, 2002).

Em sua concepção restrita, a Vigilância da Saúde compreende uma integração entre as vigilâncias sanitária e epidemiológica e, numa concepção ampliada, é compreendida como proposta de mudança de modelo assistencial (Vilasbôas et al, 1995). A partir do conceito positivo de saúde e sua produção social, a prática de vigilância da saúde resulta também em uma forma organizada de resposta social aos problemas de saúde (Mendes, 1996).

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 tem como importante diretriz a descentralização, com a participação das três esferas do governo. O processo de descentralização do SUS foi regulamentado por quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), que foram editadas na década de 90: NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. A primeira Norma Operacional Básica (NOB 01/91) iniciou o processo de transferência de recursos federais para estados e municípios, enquanto a NOB 01/96 operacionalizou as propostas de descentralização contidas nas leis 8.080/1990 e 8.142/1990 que prevêem o mecanismo de repasses fundo a fundo. Na NOB 01/96 surge a proposta de pactuação entre os gestores, a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). A Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e

Controle de Doenças (PPI-ECD) consiste em um conjunto de atividades e metas resultantes da definição, negociação e formalização de pactos entre os gestores, a serem alcançadas em caráter nacional, diferenciadas de acordo com a realidade regional e que tem como base de financiamento os recursos do TFECED.

Em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde publicou a portaria de número 1.399 com o objetivo de regulamentar a NOB-SUS 01/96 no que se refere as competências da União, Estados, Distrito Federal e municípios, na área de epidemiologia e controle de doenças e de definir o sistema de financiamento (Brasil, 1999). Com a revogação da Portaria 1.399 e publicação da Portaria 1.172 em junho de 2004, buscando uniformização para as práticas de vigilância da saúde, foi substituído o termo “epidemiologia e controle de doenças” por “vigilância da saúde”. Recentemente foi publicada a Portaria GM nº 91 de janeiro de 2007, com o propósito de regulamentar a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelecer os indicadores do Pacto pela Saúde, que alterou em seu parágrafo único do artigo 1º a denominação de PPIVS para PAPVS (Programação das Ações Prioritárias de Vigilância da Saúde).

A proposta de “regionalização da assistência à saúde”, trazida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), fortaleceu o papel dos Estados, no sentido de assumirem a coordenação desse processo. A regionalização trouxe assim uma nova forma de rearranjo dos espaços, desviando o eixo das ações globais para as ações locais, privilegiando as características inerentes da população de uma região (Teixeira, 2002).

Apoiada no processo de regionalização e baseada no Projeto VIGISUS, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC RJ) publicou a Resolução nº 2736 de 31 de maio de 2005, instituindo os Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde (NDVS), que já haviam sido pactuados na CIB desde 1999.

Esses Núcleos deveriam ser integrados por equipe multidisciplinar, que desenvolvessem seu processo de trabalho na lógica teórico-metodológica da vigilância da saúde. No total, foram instituídos os NDVS em nove regiões do Estado do Rio de Janeiro.

O tempo decorrido entre a pactuação na CIB de 1999 e a sua instituição em 2005 se deveu a fatores político-institucionais ocasionados por mudanças internas na então Secretaria Estadual de Saúde. Essas mudanças requereram novas negociações e posicionamentos. Outro fator importante também, nesse período, foi a mudança de gestão do governo estadual, o que contribuiu para a morosidade do processo.

O foco desse estudo avaliativo é o NDVS da região metropolitana II. Essa região é composta pelos municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. A população de abrangência deste núcleo é de, aproximadamente, um milhão e oitocentos mil habitantes (IBGE, 2007).

1.1 Situação Problema

No Estado do Rio de Janeiro, os NDVS têm como principal atribuição o desenvolvimento de ações que viabilizem a consolidação da vigilância da saúde a nível regional.

A implantação dos nove Núcleos no estado tornou necessário o desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e avaliação, a fim de acompanhar o processo. Este acompanhamento é importante, por permitir a caracterização das atividades reais e aprimorar suas ações. Assim, o desenvolvimento do sistema de monitoramento tornou-se prioridade do próprio processo de implantação dos núcleos. Partindo-se dessa premissa, pretendeu-se utilizar nesse estudo a análise de implantação para avaliar o grau de implementação do NDVS da região metropolitana II.

Este estudo propôs-se a responder a algumas questões: As ações do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde, no Estado do Rio de Janeiro, estão sendo implementadas em conformidade com o que foi preconizado? Quais as ações dos núcleos que têm sido implementadas? O que pode ser ajustado para melhorar a proposta de implementação dos núcleos considerando os efeitos esperados dos mesmos no processo de institucionalização das ações regionais de vigilância da saúde? O que pode ser ajustado para melhorar a qualidade das ações considerando os critérios de articulação simultânea e integral das diferentes atividades; nível de conhecimento, aceitabilidade e adesão dos técnicos às ações técnicas planejadas pelo Núcleo? Que fatores facilitam ou dificultam a implementação do Núcleo?

Do ponto de vista da institucionalização administrativa do NDVS abordou-se a configuração do organograma e sua integração com outras instâncias da Superintendência de Vigilância da Saúde (SVS). Do ponto de vista financeiro, foram abordados a destinação e fluxo de recursos orçamentários e financeiros.

Assim, em termos operacionais, este estudo buscou o desenvolvimento de uma proposta de sistema de monitoramento para a implementação dos núcleos, contribuindo para suprir uma lacuna hoje existente.

II – REFERENCIAL TEÓRICO

Aqui serão abordadas questões relacionadas aos modelos assistenciais; a perspectiva da vigilância da saúde como proposta de modelo de atenção e; a instituição dos núcleos descentralizados.

2.1 Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde

Para situar o contexto do debate na saúde sobre reorientação dos modelos assistenciais e de vigilância da saúde, retomamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada, em 1986, que diagnosticou como principais problemas relacionados à atenção à saúde: baixa qualidade dos serviços oferecidos, desigualdade no acesso, distanciamento entre a oferta e as reais necessidades e falta de integralidade das ações (CNS, 1987). Desde então, diversas tentativas de construir modelos de atenção à saúde que atendam as prerrogativas da Reforma Sanitária foram implementadas (Paim, 1994).

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo constantes transformações desde a sua instituição na década de 90. Essas transformações têm privilegiado a gestão e o financiamento, com a regulamentação dos repasses financeiros e definição das atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo, e pouco priorizado a questão dos modelos assistenciais.

“Os modelos assistenciais podem ser entendidos genericamente como uma organização tecnológica do processo de prestação de serviços para a população de um determinado território” (Teixeira et al, 2000).

A vigilância da saúde surge como proposta de forma de organização dos serviços, com foco em ações regionais, e tem como premissa:

“a descentralização das ações, com intervenção sobre o processo saúde-doença (determinantes, riscos e danos); priorização de problemas que demandam atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial e interdisciplinar; ações sobre o território e intervenção sob a forma de ações integradas, planejadas e programadas; articulando os vários níveis de prevenção, promoção e assistência, fazendo com que os municípios aumentem sua capacidade de identificar e intervir sobre os riscos aos quais sua população está exposta” (Paim, 1994).

Os Núcleos Descentralizados têm o papel de contribuir para a mudança do modelo assistencial centrado em ações curativas, através da implementação de ações que auxiliem os municípios da região ao desenvolvimento de estratégias e iniciativas que fortaleçam a Vigilância da Saúde como alternativa ao modelo vigente. Tal contribuição pode trazer como vantagens a redução de riscos e danos, aplicação organizada dos recursos e melhoria dos serviços.

2.2 Projeto VIGISUS e Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde

O Projeto VIGISUS foi criado com o objetivo de estruturar sistemas de vigilância da saúde, com articulação das três esferas de governo. Tal articulação buscou fortalecer a capacidade de gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e dar a União o exercício pleno de seu papel na área de prevenção e controle de doenças, com a criação de um sistema nacional de vigilância da saúde. Este projeto é uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial (FNS,1999).

O Projeto apresenta quatro áreas programáticas: Estruturação Sistêmica da Vigilância Epidemiológica, Estruturação Sistêmica da Vigilância Ambiental, Estruturação das Ações de Prevenção e Controle de Doenças na Amazônia Legal e, Estruturação de Ações voltadas para a Atenção à Saúde das Populações Indígenas.

No Estado do Rio de Janeiro, a implementação do VIGISUS resultou na criação de Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 1999, distribuídos regionalmente e que atuam como instâncias mediadoras e colaboradoras. Os nove NDVS são: Noroeste, Norte, Serrana, Centro Sul, Médio Paraíba, Baixada Litorânea, Metropolitana I-A, Metropolitana I-B e Metropolitana II.

Os Núcleos estão subordinados tecnicamente à Unidade de Apoio Técnico (UAT) e administrativamente ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), que pertence a Subsecretaria de Assistência à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC). Recentemente, a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil passou por um processo de reformulação de seu organograma e a configuração organizacional acima citada sofreu modificações com a recente criação da Superintendência de Vigilância da Saúde.

Os NDVS, enquanto instância descentralizada da vigilância da saúde no Estado, representam o resgate do papel do mesmo como interlocutor dos Municípios, permitindo maior aproximação com estes e desenvolvimento das ações de saúde em nível local, com acompanhamento, supervisão e orientação do Estado.

O corpo administrativo e técnico dos NDVS se estruturou, inicialmente, a partir de profissionais oriundos do concurso público realizado em 2001. Em julho de 2005 foram convocados os profissionais e, em setembro do mesmo ano foram implantados os nove Núcleos. Eles foram constituídos por equipe multidisciplinar, entre eles: enfermeiros de saúde pública; médicos de saúde pública; biólogos; sanitaristas de epidemiologia, de informação em saúde, de educação em saúde e; agentes administrativos.

Os Núcleos foram instituídos pela Resolução SES nº 2.736 de 31 de março de 2005, que lhes atribuiu competências técnicas. Estas competências listadas abaixo, foram categorizadas neste estudo, de forma a proporcionar maior clareza e compreensão das mesmas e facilitar a construção das dimensões da avaliação. Essas dimensões serão explicitadas posteriormente.

a) Estruturação Regional da Vigilância da Saúde

“desenvolver ações que promovam o processo de estruturação dos Sistemas Municipais de Vigilância da Saúde; assessorar tecnicamente e dar apoio logístico aos Municípios da Região, na lógica da Vigilância da Saúde; facilitar as articulações intersetoriais na região; trabalhar de forma integrada com outras instâncias regionais; promover a articulação intra e intermunicipais visando a integração das ações de vigilância da saúde na Região; participar de fóruns técnicos e de controle social a nível regional; acatar normas e os fluxos de informação estabelecidos pela SES; elaborar o planejamento e a programação da Vigilância da Saúde à nível regional em conjunto com os municípios da região; promover a interlocução técnica entre os municípios e o nível central da SES”

b) Programação de Ações Prioritárias em Vigilância da Saúde (PAP/VS)

“participar do processo de pactuação da PPI/VS; estimular a discussão integrada das pactuações municipais e regional; realizar supervisões regulares de acompanhamento das metas da PPI/VS nas Secretarias de Saúde dos Municípios da Região; avaliar e monitorar as metas da PPI/VS dos Municípios da Região”

c) Análise da situação de saúde

“avaliar os Planos e Programações de Vigilância da Saúde Municipal; analisar a situação de saúde da região; auxiliar os Municípios na análise e interpretação dos dados regionais e municipais”

d) Comunicação e Informação em Saúde

“produzir e enviar relatórios trimestrais sobre a situação de saúde da região e dos municípios, e outros relatórios solicitados à Unidade de Apoio Técnico do Projeto VIGISUS; realizar análises e disseminar as informações geradas pelos sistemas de informações oficiais”

e) Educação em Saúde

“participar dos processos de capacitação desenvolvidos pelo Nível Central da SES; promover capacitação de Recursos Humanos em Vigilância da Saúde considerando a proposta de Educação Permanente em Saúde, articulando com a Unidade de Apoio Técnico do VIGISUS.”

Aos Núcleos cabe a adoção dessas competências como norteadoras do processo de trabalho. Ao Estado compete o papel de supervisor e coordenador de ações que viabilizem a institucionalização da vigilância da saúde, consolidando-a como modelo de atenção à saúde em todas as suas regiões.

Diante desse processo, é importante saber se os Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde estão operacionalizando suas atividades conforme as competências atribuídas a eles. A análise de sua implementação poderá contribuir para identificar seus pontos positivos e negativos, auxiliando na manutenção ou correção dos rumos a serem tomados.

III – OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o grau de implementação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde da Região Metropolitana II, do Estado do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar o grau presumido de implementação dos NDVS do Estado
2. Determinar o grau de implementação do NDVS da Metropolitana II
3. Analisar a influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação do NDVS da região Metropolitana II
4. Contribuir para o desenvolvimento de sistema de monitoramento e avaliação para os NDVS do Estado do Rio de Janeiro

IV – MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO – MTA

O modelo teórico da avaliação é construído tomando como foco a pergunta avaliativa e utilizando padrões e critérios para a análise dos dados. Deve especificar também o desenho do estudo e a técnica de coleta dos dados, bem como as formas de utilização dos achados da avaliação (Santos & Natal, 2006).

O MTA possui vários componentes identificados na literatura: pergunta avaliativa; o contexto da intervenção; a descrição da intervenção ou o modelo lógico do programa, incluindo o problema que a intervenção planeja resolver; o foco e a abordagem da avaliação; o desenho do estudo e seu detalhamento e; os usos possíveis dos achados da avaliação (Santos & Natal, 2006).

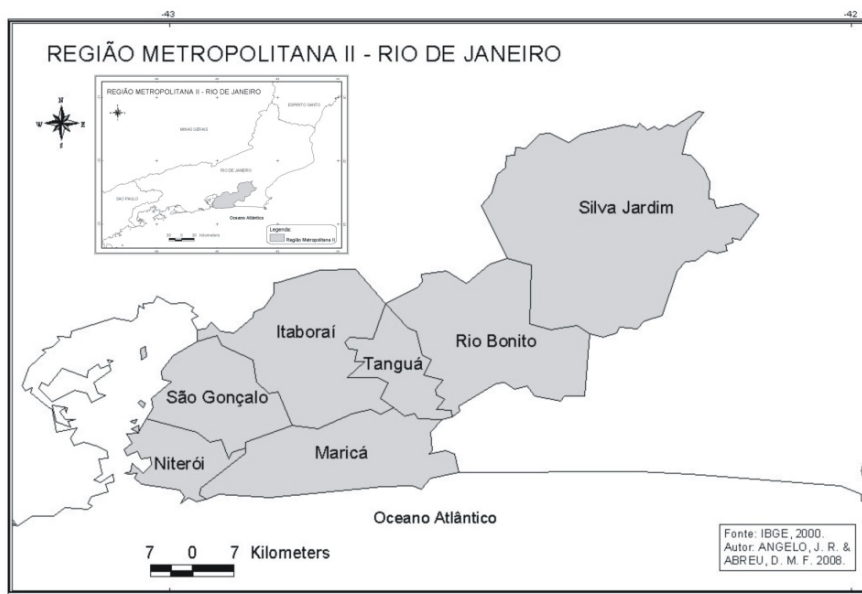
4.1 Pergunta Avaliativa

As ações do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde, no Estado do Rio de Janeiro, estão sendo implementadas em conformidade com o que foi preconizado? Quais as ações dos núcleos que têm sido implementadas? O que pode ser ajustado para melhorar a proposta de implementação dos núcleos considerando os efeitos esperados dos mesmos no processo de institucionalização das ações regionais de vigilância da saúde? Que fatores facilitam ou dificultam a implementação do Núcleo?

4.2 Contexto da Intervenção

Como dito anteriormente, a região Metropolitana II é composta por sete municípios que juntos perfazem uma extensão territorial de 2.712.348 km² (IBGE,2006). Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 11,89% da população do estado reside nessa região, o que significa 1.708.815 habitantes (MAPA 1).

Mapa 1 – Região Metropolitana II



Elaborado por Angelo, J. R., 2008

O Núcleo Descentralizado da Região Metropolitana II situa-se na cidade pólo de São Gonçalo, nas dependências do Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT). A sua equipe era inicialmente composta por doze profissionais que prestaram concurso público para o Projeto VIGISUS, realizado no ano de 2001 pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e convocados no ano de 2005, a saber: duas enfermeiras de saúde pública, três médicas sanitарistas, um biólogo entomólogo, um sanitарista de educação e saúde, dois sanitарistas de epidemiologia e três agentes administrativos. Em 2006 foram incorporados mais dois sanitарistas, uma bióloga e quatro guardas de endemias da extinta FUNASA.

A equipe conta ainda com um coordenador designado pela Unidade de Apoio Técnico (UAT) do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Assistência à Saúde do Estado, hoje denominado Superintendência de Vigilância da Saúde.

4.3 Modelo Lógico do Programa

Construir o modelo lógico de um programa significa determinar todos os seus componentes e sua forma de operacionalização, discriminando todos os passos necessários para o alcance de suas metas, dispondo-os num diagrama. Sua construção deve ser convincente, considerando o acúmulo de experiências e informações prévias, de modo que as possibilidades colocadas possam refletir de forma mais clara possível as diretrizes e estratégias de um programa (Hartz et al, 2005). Ele é uma representação da

racionalidade do programa e pode ser sistematizado em um fluxograma, uma tabela ou um mapa. É uma representação da realidade e não a realidade em si (Brasil, 2005).

Os componentes básicos de um modelo lógico podem variar mas, normalmente incluem insumos, atividades, produtos, resultados e impactos (CDC, 1999; Brasil, 2005).

A criação de um modelo lógico permite que as partes interessadas tornem mais explícitas as estratégias do programa, em diferentes níveis de detalhamento, dependendo de suas diferentes perspectivas, fornecendo informações referentes às condições para que o programa seja eficaz. O modelo lógico fornece um Quadro de referência para uma ou mais avaliações do programa (CDC, 1999; Worthen & Sanders, 2004).

Como não havia um modelo lógico do NDVS previamente construído, optou-se por construir para esta avaliação um modelo baseado nas competências atribuídas pela resolução nº 2.736. Foram identificadas as atividades necessárias para o cumprimento das competências, os insumos necessários e os produtos, resultados e impacto esperado.

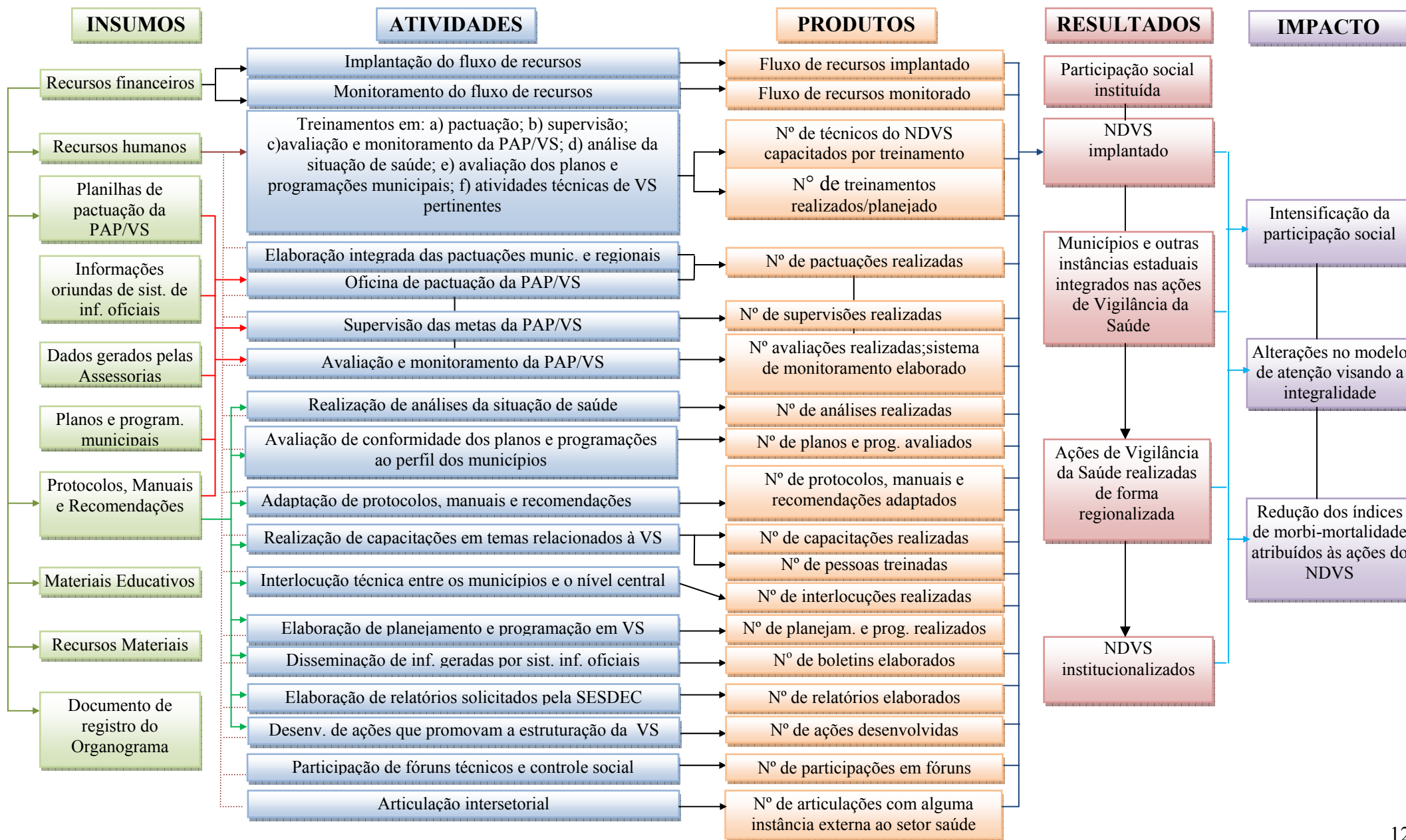
O modelo lógico inicialmente elaborado, foi revisto com a equipe. Utilizou-se a seguinte dinâmica: todos os itens do modelo estavam dispostos em tarjetas e estes deveriam ser redimensionados em um cartaz formado por papel 40 kg. Após breve explanação sobre o modelo lógico, foi solicitado aos participantes que montassem novo modelo, considerando as tarjetas existentes e inserindo outras que julgassem necessário. Também foi pedido que os integrantes desenhasssem o fluxo entre os componentes.

Este trabalho foi facilitado pela apresentação prévia do projeto de pesquisa, o que ocorreu em outro momento. Durante essa apresentação foram explicados diversos detalhes relativos ao projeto e à metodologia adotada, entre eles, o significado e o modo de construção de um modelo lógico do programa.

A revisão do modelo permitiu a visualização, no concreto, do programa e; possibilitou a apropriação do processo de trabalho, tanto individualmente, quanto coletivamente. Ao mesmo tempo, a participação dos técnicos fortaleceu ainda mais o interesse na avaliação já que eles se tornaram sujeitos ativos no processo, dando suas contribuições e suscitando novos questionamentos.

Entre os resultados esperados descritos no modelo lógico (Fluxo 1), este estudo focou apenas a implantação do NDVS. Portanto, nesta pesquisa não foram considerados os outros resultados, ou seja: a participação social instituída; a integração dos municípios nas ações de Vigilância da Saúde; as ações regionalizadas de Vigilância da Saúde e a institucionalização do NDVS.

Fluxo 1 - Modelo Lógico do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde – Estado do Rio de Janeiro



4.4 – Foco e Abordagem da Avaliação

O foco desta avaliação é a análise de implantação e optou-se por uma abordagem formativa. Essa abordagem é realizada para fornecer informações importantes à equipe do programa, dando subsídios para possíveis ajustes, visando a sua melhoria (Worthen & Sanders, 2004). Isso permitirá o aprendizado e a construção de alternativas para o melhoramento dos NDVS.

A análise de implantação é utilizada quando se quer saber se a intervenção esta ocorrendo segundo o planejado e verificar como o contexto onde o programa ocorre se associa com o modo como ele está ocorrendo. Este tipo de estudo também busca explicar como a variação no grau de implementação influencia o efeito observado da intervenção (Contadriopoulos, 1997).

Neste estudo, procurou-se observar se as ações do NDVS estão sendo implementadas conforme as competências e de que forma elas concorrem para a sua institucionalização. Neste sentido, buscou-se basicamente analisar o conteúdo da intervenção, de modo a explicar os fatores envolvidos nos sucessos ou nas dificuldades do programa, esclarecendo as relações entre o contexto, a intervenção e os efeitos (Santos & Natal, 2006).

A análise do grau de implantação de um programa consiste em caracterizar os componentes da intervenção (teoria do programa), apontar as práticas necessárias para implantação bem como descrever as práticas nas áreas envolvidas pela intervenção; e analisar a variação na implantação em função das variáveis contextuais (Champagne & Denis, 1997).

Champagne & Denis (1997), trazem três propostas para a avaliação de implantação: a) análise dos determinantes contextuais no grau de implantação; b) análise da variação no grau de implantação relacionado-a ao resultado obtido; c) a interação entre os determinantes do grau e a variação do efeito.

A análise da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados (avaliação de processo) permite documentar e explicar a intervenção e fornece, baseada no conhecimento dos possíveis fatores (sinérgicos e antagônicos) que possam influenciar sua implementação, subsídios para a tomada de decisões (Champagne & Denis, 1997).

Diversas são as definições de avaliação utilizadas na literatura. As definições utilizadas aqui foram escolhidas por sua simplicidade e por atender ao objetivo de criar um entendimento geral do que é avaliação. Segundo Contadriopoulos (1997), avaliar é basicamente emitir um julgamento de valor sobre determinada intervenção ou parte

dela, visando a tomada de decisões. A avaliação consiste numa investigação ordenada do mérito (qualidade), valor (custo-benefício) e significado (importância) de um objeto (CDC, 1999).

A avaliação é uma atividade que deve permitir a identificação de fatores positivos e de fatores que devem ser modificados em um programa com o propósito de aumentar suas potencialidades e melhorar sua performance. Ela deve acompanhar todas as fases de um programa, iniciando no planejamento e devendo ser continuamente realizada ao longo de toda a sua implementação (Brasil, 2005).

Nos anos 60 e 70 houve um grande desenvolvimento na área de avaliação das intervenções nos Estados Unidos, principalmente nas áreas ligadas aos programas sociais. A avaliação, porém, era voltada basicamente para a análise dos efeitos dos programas, sem considerar os processos envolvidos na produção das mudanças observadas. Sua finalidade era estritamente somativa, isto é, visava apenas a tomada de decisões relativas a continuidade, encerramento, ampliação ou adoção de um programa (Worthen & Sanders, 2004). A intervenção era tratada como algo relativamente homogêneo, de conteúdo previsível e refratário à influência do contexto onde ela é introduzida (Champagne & Dennis, 1997).

Diferentemente dessa concepção, o que se buscou foi entender as necessidades da intervenção, os processos envolvidos e identificar possíveis fragilidades, a fim de definir rumos para o seu incremento. A perspectiva de contribuir para melhorar o desempenho dos núcleos direcionou esta avaliação para a sua utilização.

A avaliação focada na utilização busca envolver os usuários potenciais no processo avaliativo, através da participação em todas as etapas da avaliação, inclusive na tomada de decisões sobre a mesma (Patton, 1997).

Antes de se implementar a avaliação, é necessário que seja considerado o compromisso entre o avaliador e os interessados na avaliação (*stakeholders*). A proposta desse estudo foi a de que os interessados na avaliação tivessem uma ação participativa, desde o período de concepção da pesquisa até a sua realização, propiciando uma construção coletiva e consensuada. Este envolvimento propicia uma cultura de aprendizado e de desenvolvimento institucional (Santos & Natal, 2006).

Os interessados envolvidos nessa avaliação foram: os responsáveis pela gestão estadual dos NDVS no nível central; os coordenadores regionais; os técnicos do NDVS Metro II e; os coordenadores de saúde coletiva dos municípios.

O convite para participar desse processo se deu através de contato pessoal, telefônico ou documento formal encaminhado às instâncias estaduais centrais e

regionais. A relação de usuários potenciais e a participação de cada um no processo avaliativo está explicitada no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação de usuários potenciais da avaliação e participação no processo avaliativo

Usuário potencial da avaliação	Papel no programa	Provável Interesse na Avaliação	Papel na avaliação	Modo e frequência de contato
Coordenadores dos NDVS	Gestão regional	Identificação dos pontos fortes e fracos para melhorar o programa	Fornecer informações	Comunicação cotidiana
Técnicos do NDVS	Realização das atividades planejadas	Observação e acompanhamento	Fornecer informações Participar ativamente da avaliação	Comunicação cotidiana
Coordenador da UAT/SESDEC	Gerência geral do programa	Monitoramento e avaliação	Fornecer informações Facilitar a interlocução com os NDVS	Reuniões Periódicas
Coordenadores de saúde coletiva dos municípios	Gerência da saúde coletiva municipal	Ciência dos achados	Experiência local	Reunião

Foram realizadas oficinas com os técnicos do NDVS Metro II, a fim de explicar as diversas etapas de uma avaliação e integrá-los no processo avaliativo. Tal integração deu-se através da apresentação do projeto de pesquisa; participação na construção da matriz de relevância e; revisão do modelo lógico do programa. O momento da apresentação do projeto também foi utilizado para a introdução de conceitos relacionados a avaliação.

4.5 – Desenho da Avaliação

Apresentaremos a seguir detalhes relacionados ao desenho desta avaliação: 1) Descrição do estudo; 2) Seleção das unidades de análise; 3) Técnicas de coleta de dados e instrumentos e; 4) Plano de análise.

4.5.1 Descrição do Estudo

A análise de implantação pode utilizar como estratégia de pesquisa: o estudo de caso, o estudo comparativo e a experimentação. No presente estudo, utilizou-se o estudo de caso.

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa muito utilizada quando se

pretende estudar fenômenos novos sobre os quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle (Yin, 2005).

Como cita Yin (2005), o estudo de caso pode ser tanto de um caso único quanto de múltiplos e possui um papel importante na pesquisa avaliativa, pois pode ser utilizado para: descrever uma intervenção e seu contexto; explicar os vínculos causais da intervenção; ilustrar alguns tópicos de uma avaliação; explorar situações em que não há um conjunto de resultados claros na intervenção e; finalmente, pode ser utilizado para uma meta-avaliação.

A validade interna de um estudo de caso é atribuída à robustez da lógica teórica que sustenta as categorias e suas ligações com a situação empírica. Depende da adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico (Yin, 2005). Ainda segundo Yin (2005), sua validade externa se apóia na generalização analítica, isto é na capacidade de replicação dos resultados de um caso para outro, utilizando principalmente os estudos de casos múltiplos imbricados. Os estudos de caso único não têm a possibilidade de conduzirem achados de externalidade (Champagne & Denis, 1997).

Nessa pesquisa, optou-se por utilizar o estudo de caso único considerando-se como níveis de análise a descrição do grau de implementação e a influência do contexto organizacional sobre o grau de implementação.

Este estudo de caso foi realizado em duas etapas:

- Primeira etapa

Realizou-se a caracterização do grau presumido de implantação dos Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, utilizando-se como fonte de informação a percepção dos envolvidos sobre a situação dos NDVS. Consistiu em um estudo descritivo, onde foi realizada análise documental e entrevistas com os coordenadores regionais de cada núcleo.

- Segunda Etapa

A segunda etapa compreendeu a caracterização do grau observado de implantação do NDVS METRO II utilizando-se o modelo teórico de avaliação tomando como base o estudo de caso. Foram realizadas observações diretas, entrevistas com o coordenador e os técnicos do NDVS e com os coordenadores de saúde coletiva dos municípios.

As etapas, os instrumentos e fontes de coleta de dados estão sintetizados no Quadro 2

Quadro 2 – Matriz de etapas, instrumentos e fontes de coleta de dados

ETAPA 1- GPI dos NDVS			
Estratégia	Instrumento de coleta	Fonte de coleta de dados	Total
Análise documental	Protocolo de revisão de documentos	-Resolução SES 2.376/05	1
		-registros de atividades realizadas	9
		-relatório de atividades dos NDVS	27
Entrevistas	Roteiro de entrevista semi-estruturado	- Coordenadores dos NDVS	9
	Entrevista aberta	- Coordenador geral da UAT/CVE	1
Questionário auto-aplicável	Questionário para pactuação das competências	- Coordenadores dos NDVS	9
ETAPA 2- GOI do NDVS			
Entrevistas	Roteiro de entrevista semi-estruturado	- Técnicos do NDVS	10
		-Coordenadores de Saúde Coletiva Municipais	7
Observação direta	Roteiro de observação	Anotações pessoais	1

GPI = Grau presumido de implantação

GOI = Grau observado de implantação

4.5.2 Seleção das unidades de análise

Para a etapa 1, foram analisados todos os nove NDVS do Estado. Pretendeu-se com isto definir o grau presumido de implantação dos Núcleos e obter uma visão geral da intervenção no Estado.

Para a realização do estudo de caso, da etapa 2, foi utilizado o NDVS da região Metropolitana II. Optou-se por escolher este Núcleo, porque o mesmo encontra-se com estruturação mínima para o seu funcionamento e atende a uma região demográfica e economicamente expressiva do Estado do Rio de Janeiro. Segundo estimativas do IBGE em 2006, a população da região foi de 1.876.784 e o PIB em 2004 foi de R\$13.478.103, o que corresponde a 6% do PIB estadual (IBGE, 2006).

O fato de o pesquisador trabalhar neste Núcleo também veio a favorecer a escolha do mesmo, vindo de encontro ao seu interesse pessoal. A posição do avaliador interno representa vantagens e desvantagens para a avaliação. Um avaliador interno tem mais conhecimento da intervenção e dos usuários envolvidos, podendo identificar aqueles que vão utilizar os achados da avaliação. A proximidade com equipe e gestor permite o estabelecimento de linhas de cooperação e confiança, facilitando o desenvolvimento do estudo. Por fazer parte da instituição avaliada, o avaliador pode reforçar continuamente o uso de suas conclusões (Worthen & Sanders, 2004).

Em contrapartida, a proximidade com a intervenção pode comprometer a imparcialidade necessária ao desenvolvimento de uma avaliação.

4.5.3 Técnica de Coleta de Dados e Instrumentos

No estudo de caso foram considerados a utilização de várias fontes de evidência. Isso permitiu o que Yin (2005) classificou como estabelecimento de linhas convergentes de investigação, onde os eventos analisados foram comprovados por mais de uma fonte. O uso de diferentes fontes e métodos de coleta foi estratégia utilizada para aumentar a validade do estudo.

Como fontes de informação foram utilizados dados primários e secundários. Para o levantamento de dados primários, utilizou-se como instrumento de coleta: os roteiros semi-estruturados que foram aplicados nas entrevistas e; as anotações decorrentes da observação direta realizada. Os dados secundários foram obtidos através da análise de: documentos oficiais; livro de registros e; dos relatórios de atividades.

Aplicou-se também um questionário para a pactuação das competências (Anexo I), onde se buscou verificar a importância atribuída a cada uma delas. Os resultados desse questionário acabaram não sendo utilizados, pois o mesmo se mostrou pouco eficaz.

As entrevistas foram pautadas em roteiro semi-estruturado, o que permitiu a sistematização das perguntas de modo a direcionar a linha de investigação. Não obstante, a inclusão de perguntas abertas permitiu ao entrevistado flexibilidade para expressar sua opinião e, ao entrevistador, a possibilidade de aprofundamento das questões. Utilizou-se roteiro diferenciado para os coordenadores, técnicos do NDVS Metro II e, coordenadores municipais de saúde coletiva (Anexos II, III e IV, respectivamente). Exceção feita para o coordenador da UAT, cuja entrevista não seguiu roteiro previamente estabelecido. Em sua entrevista, abordaram-se questões relacionadas ao projeto VIGISUS; a história da criação dos NDVS; sua implantação nas regiões do Estado e; a configuração do organograma.

As entrevistas foram realizadas nos mais diversos espaços, tendo-se sempre o cuidado de preservar a privacidade do entrevistado. O tempo de duração variou de acordo com o entrevistado. As entrevistas com o coordenador da UAT, os coordenadores dos Núcleos e os técnicos do NDVS Metro II, duraram em média 1h. Já as realizadas com os coordenadores de saúde coletiva variaram de 15 a 30 min. Todas elas foram gravadas, utilizando-se para isso um gravador digital, com posterior transcrição.

Os roteiros utilizados para as entrevistas dos coordenadores e técnicos do NDVS Metro II visaram o levantamento de dados referentes à: infra-estrutura; recursos financeiros; recursos materiais e processo de trabalho. Já naqueles aplicados aos coordenadores de saúde coletiva dos municípios da região metropolitana II, buscou-se obter dados referentes à: conhecimentos sobre o Núcleo; integração entre NDVS e município e; impressões gerais.

Foram entrevistados: nove coordenadores regionais; dez técnicos do NDVS Metro II; sete coordenadores de saúde coletiva dos municípios da região metropolitana II e; o então coordenador da UAT.

Esta pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, protocolo nº 75/07. Todas as atividades relacionadas ao estudo foram realizadas conforme as determinações do CEP e em consonância com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução CNS 196/96. Todas as entrevistas foram aplicadas mediante a assinatura prévia de um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos V e VI), confeccionado de acordo com as recomendações do referido comitê.

A observação direta foi realizada no NDVS da Metro II, onde, através de roteiro de observação (Anexo VII), procurou-se registrar dados relacionados à estrutura física e ao processo de trabalho.

Procedeu-se à análise documental através de roteiro previamente elaborado, onde foi registrado o título do documento, o tipo, data de sua publicação/elaboração, componente analisado e finalidade da análise.

Foram analisados: livros de registros de atividades; livros de atas; relatórios de atividades e; a resolução 2.736/05.

Todos os dados foram coletados pelo próprio pesquisador.

- Método de Avaliação Rápida – REM

A aplicação do REM no presente trabalho teve como objetivo fornecer informações sobre o processo de regionalização das ações de Vigilância da Saúde que estão sendo implementadas pelo NDVS Metro II.

O REM é uma metodologia rápida de coleta de dados e permitiu a redução dos custos da pesquisa. A utilização de múltiplas fontes de evidência e diferentes formas de coleta de dados reforçou a validade interna e a confiabilidade dos resultados obtidos.

O REM foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a avaliação de alguns programas de saúde, sua performance, problemas operacionais e

auxiliar na tomada de decisões. Foi inicialmente aplicado em cinco países (Botswana, Madagascar, Papua Nova Guiné, Uganda e Zâmbia), no período entre 1988 e 1991.

O REM permite o envolvimento dos responsáveis pelo serviço no processo de avaliação, as informações produzidas apontam para a qualidade, quantidade e satisfação dos clientes dos serviços de saúde e dá respostas rápidas para tomadas de decisões precoces. (Anker et al, 1993). Este método é aplicado de forma complementar a outros métodos de coleta de informação epidemiológica (WHO, 1993).

Elaborou-se matriz contendo as etapas, os instrumentos e as fontes de informação. A matriz de análise e julgamento agregou indicadores qualitativos e quantitativos e sua pontuação foi obtida através da análise de dados coletados de diferentes fontes, verificando a convergência entre eles.

Os instrumentos de coleta e a fontes de informação utilizados já foram explicitados nesta pesquisa.

4.5.4 Plano de Análise

Como já citado anteriormente, nesse estudo foram considerados dois níveis de análise: a) descrição do grau de implementação e b) influência do contexto organizacional sobre o grau de implementação.

A descrição do grau de implementação foi realizada através de entrevistas e análise documental onde, através da análise de conteúdo se buscou as competências relacionadas às dimensões da avaliação. Essas dimensões compreenderam: 1) a Técnica, e 2) a de Gestão e Financiamento.

A dimensão Técnica compreende as atividades relacionadas às práticas profissionais da Vigilância da Saúde. Assim, as competências classificadas como técnicas abrangeram aquelas que explicitam o conjunto das atividades esperadas para serem desenvolvidas pelos técnicos do Núcleo, como, por exemplo, a participação no processo de pactuação da PAP-VS.

Esta dimensão é composta por três subdimensões: Integralidade; Articulação técnica e; Adesão. Considera-se integralidade a organização das ações de forma integrada e articulada, considerando todos os aspectos necessários para a sua realização.

Como articulação técnica definiu-se o entrosamento entre os técnicos da equipe para o desenvolvimento de ações, principalmente aquelas relacionadas à pactuação e supervisão da PAPVS.

A adesão compreende a participação do técnico nas atividades. Entende-se que para que isto ocorra é necessário um nível de conhecimento e de aceitabilidade dos

protocolos definidos de como a ação deve ocorrer. O conhecimento necessário para o desenvolvimento da atividade pode determinar o grau de envolvimento do técnico para executá-la. Da mesma forma, a aceitabilidade, isto é, a realização dos serviços em concordância com as normas e o planejamento estabelecido influencia o grau de adesão às atividades desenvolvidas.

A dimensão de Gestão e Financiamento foi definida como aquela que envolve as ações relacionadas às atividades pertinentes. Nessa dimensão verificou-se se as competências referentes estavam sendo executadas e em que grau, como por exemplo a elaboração do planejamento e programação da Vigilância da Saúde em conjunto com os municípios.

Dois subdimensões compõem a dimensão de Gestão e Financiamento: Administrativa e Financeira. A dimensão Administrativa é aqui entendida como a capacidade de desenvolver e planejar as atividades conforme as competências atribuídas ao Núcleo, com gerenciamento dos recursos, interface com outras instâncias e submissão ao organograma estabelecido.

Definiu-se como subdimensão Financeira a disponibilidade de recursos para as ações de vigilância da saúde bem como a capacidade de gerenciamento desse recurso.

O contexto organizacional foi abordado através de análise documental e entrevistas nos quais através da análise de conteúdo buscou-se as relações referidas às questões da pesquisa, isto é, quais as competências esperadas para os Núcleos? Como essas competências se traduzem em ações? Quais são as relações entre as ações programadas para o núcleo e as competências? Que fatores intervêm na implementação das atividades previstas para o alcance das competências? Como os documentos definem operacionalmente a institucionalização da VS?

A análise de conteúdo é muito mais do que um simples tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa. Do ponto de vista operacional, consiste em aprofundar a leitura, de modo a ultrapassar os significados evidentes (Minayo, 1992).

Ela é importante para o exame de documentos. Reúne uma série de procedimentos para descrever, analisar e reduzir dados qualitativos que são observados em documentos escritos, até mesmo grupos focais, entrevistas e anotações de campo. A análise de conteúdo pode ser qualitativa, onde se busca resumir o material analisado considerando categorias previamente definida e revisada ao longo da análise, ou quantitativa, onde os elementos do texto transformados em unidades de codificação são distribuídos por categorias analíticas e quantificados posteriormente (Chianca, 2001; Worthen & Sanders, 2004).

Na análise realizada, os dados obtidos foram categorizados conforme as competências atribuídas aos Núcleos, buscando-se verificar quais eram realizadas. Foi utilizada a categorização anteriormente citada: a) Estruturação Regional da Vigilância da Saúde; b) Programação das Ações Prioritárias em Vigilância da Saúde; c) Análise da Situação de Saúde; d) Comunicação e Informação em Saúde e; e) Educação em Saúde.

Os dados obtidos das entrevistas foram categorizados conforme as dimensões da avaliação. As categorias foram tabuladas em planilhas do *software Excel* e verificada o número de observações.

As pontuações das matrizes de julgamento foram atribuídas utilizando-se os dados tabulados das entrevistas e análise documental. Optou-se por utilizar a moda, em função da variedade de respostas. Ela permitiu agrupar o maior número de observações por categoria analisada.

Os textos das entrevistas, utilizados nesse trabalho, foram mantidos de acordo com a transcrição exceto a correção de português coloquial.

a) Matriz de Relevância

O modelo teórico da avaliação compreende também a matriz de relevância que, a partir da análise dos diversos componentes do modelo lógico do programa, fornece informações para a construção das matrizes de análise e de julgamento.

Para a construção da matriz de relevância deste estudo utilizou-se a técnica de consenso. Optou-se por esta técnica, pois ela permitiu manter o anonimato dos envolvidos e verificar os critérios de maior relevância para o grupo, identificando os pontos de maior acordo e de maior desacordo.

Foi apresentada aos técnicos do NDVS da Metropolitana II uma proposta de matriz de relevância contendo insumos e atividades da intervenção, distribuídos segundo as dimensões: Técnica e, Gestão e Financiamento. Mostrou-se aos participantes o modelo lógico do programa, explicado sua construção e como a matriz de relevância se relacionava com ele.

Após esclarecimentos sobre os componentes e dimensões da matriz de relevância, distribuiu-se para cada técnico a proposta de matriz onde, anonimamente, o mesmo pudesse atribuir valores em uma escala para cada componente, conforme a sua relação com as dimensões. A escala foi referida como: pouco relevante (R), relevante (RR) e muito relevante (RRR) e cada técnico atribuiu a relevância de acordo com sua percepção pessoal.

Após o preenchimento das planilhas, realizou-se a contagem de respostas coincidentes para cada componente, a fim de identificar as respostas coincidentes e construir matriz final representando o consenso do grupo.

Ao observar a matriz de consenso (Quadro 3), pode-se notar que a maioria dos componentes estruturais foram considerados como muito relevantes (RRR) em relação à dimensão Técnica em detrimento da dimensão Gestão e Financiamento. Isso pode sinalizar a preocupação dos técnicos com a qualidade técnica do serviço.

Ainda na dimensão Técnica, apesar do insumo “RH treinados” ser considerado “muito relevante” em todas as suas subdimensões, o mesmo não ocorre com as atividades de treinamento e capacitação considerando-se a subdimensão articulação técnica. Uma possível explicação é que a principal atividade dessa subdimensão, isto é, a interação entre técnicos visando o desenvolvimento das ações não é vista sob uma abordagem profissional. Provavelmente, essa distinção mostra o caráter dos treinamentos vistos como momento particular de apreensão do conhecimento técnico que não inclui a profissionalização dessas relações.

Interessante também foi observar que a atividade 21, relacionada à participação em fóruns e controle social, foi classificada como “muito relevante” para a maioria das subdimensões, apontando a preocupação técnica com a inserção da participação social no serviço.

Quadro 3 - Indicadores de implementação segundo componentes estruturais e níveis de relevância por dimensões

Componentes			Dimensão Técnica				Dimensão Gestão e Financiamento		
			Adesão		Artic. técnica	Integr. das ações	Administrativa		Financeira (destinação +fluxos)
			Aceitabilidade	Nível de Conhecimento			Config. do organograma	Art/integr. c/outras instâncias	
Insumos	I1	Recursos Financeiros	RRR	RRR	RR	RRR	RR	RR	RRR
	I2	RH treinados	RRR	RRR	RRR	RRR	RR	RR	RRR
	I3	Planilhas de pactuação da PAP/VS	RR	RRR	RRR	RRR	RR	RR	RR
	I4	Planos e programações municipais em VS	RRR	RRR	RRR	RRR	RR	RRR	R
	I5	Dados gerados pelas assessorias	RR	RR	RRR	RRR	RR	RRR	R
	I6	Informações oriundas de sistema de informação oficiais	RR	RRR	RR	RR	RR	RR	RR
	I7	Protocolos, manuais técnicos e recomendações	RRR	RRR	RRR	RR	RR	RR	RR
	I8	Materiais educativos	RRR	RRR	RR	RR	R	RR	RR
	I9	Recursos materiais	RRR	RRR	RRR	RR	RR	RRR	RRR
	I10	Documento de registro do organograma	RR	R	R	R	RRR	RR	RR
Atividades	A1	Implantação do fluxo de recursos	RRR	RR	RRR	RRR	RR	R	RRR
	A2	Monitoramento do fluxo de recursos	RR	RR	RR	RR	RR	RR	RRR
	A3	Elaboração integrada das pactuações municipais e regional	RRR	RRR	RR	RRR	R	RRR	R
	A4	Treinamento para pactuação da PAP/VS	RRR	RRR	RRR	RR	RR	RR	RR
	A5	Oficina de pactuação da PAP/VS	RRR	RRR	RRR	RR	RR	RRR	RR
	A6	Treinamento para supervisão da PAP/VS	RRR	RRR	RRR	RR	R	RR	RR
	A7	Supervisão das metas da PAP/VS	RRR	RRR	RRR	RRR	RR	RRR	RR
	A8	Treinamento para avaliação e monitoramento da PAP/VS	RRR	RRR	RR	RR	R	RR	RR
	A9	Avaliação e monitoramento da PAP/VS	RRR	RRR	RRR	RRR	R	RR	RR
	A10	Treinamento para análise da situação de saúde regional	RRR	RRR	RR	RRR	R	RR	RR
	A11	Realização da análise da situação de saúde regional	RRR	RRR	RRR	RRR	R	RR	RR
	A12	Treina. p/ avaliação de planos e program. da VS municipais	RRR	RR	RR	RRR	RR	RR	RR
	A13	Avaliação da conformidade dos planos e programações ao perfil dos municípios	RRR	RRR	RR	RR	R	RR	RR
	A14	Adaptação de protocolos, manuais e recomendações	RR	RRR	RRR	RR	R	RR	R
	A15	Realização de capacitações em temas relacionados à VS	RRR	RRR	RR	RR	R	RR	RRR
	A16	Interlocução técnica entre os municípios e o nível central	RRR	RR	RRR	RR	RR	RRR	RR
	A17	Elaboração do planejamento e programação de VS	RRR	RRR	RRR	RR	RR	RRR	RRR
	A18	Disseminação de inform. geradas por sist. de inform. Oficiais	RRR	RR	RR	RR	RR	RR	RR
	A19	Elaboração de relatórios solicitados pela SESDEC	RRR	RR	RRR	R	R	RR	RR
	A20	Desenv. de ações que promovam a estrut. da VS regional	RRR	RRR	RRR	RR	R	RRR	RRR
	A21	Participação em fóruns e controle social	RRR	RR	RRR	RRR	RR	RRR	RRR

RRR=muito relevante; RR=relevante e R=pouco relevante

b) Matriz de Análise e de Julgamento

A matriz de julgamento permite identificar todos os aspectos referentes à implantação do Núcleo e, com base em pontuações preestabelecidas, permite fornecer um julgamento de conformidade entre o que foi proposto e o que foi observado.

Para construção das matrizes de análise e julgamento foram incorporados os insumos e atividades classificadas como muito relevantes que foram distribuídos conforme as dimensões e subdimensões definidas para a avaliação da implantação dos Núcleos. Para a análise do grau de implantação, foram considerados indicadores e critérios, permitindo assim uma abordagem qualitativa e quantitativa da intervenção.

Na Dimensão Técnica (Quadros 4 a 7), foram considerados: a) integralidade, avaliando se as ações compreendem todas as dimensões técnicas para o alcance dos resultados esperados; b) articulação técnica, onde se buscou analisar a interação entre os técnicos para o desenvolvimento das ações e; c) adesão, considerando-se a aceitabilidade e o nível de conhecimento.

Quadro 4 - Indicadores de implementação para a dimensão Técnica segundo o componente estrutural insumo: subdimensão integralidade e, articulação técnica

Dimensão	Subdimensão	Componente estrutural Insumo	Indicador/critério	Descrição	Método de cálculo
TÉCNICA	Integralidade	Recursos materiais	Existência de recursos materiais suficientes para realização das atividades	Presença de recursos materiais suficientes ao desenvolvimento das ações	NSA
		Recursos Humanos	- Nº de profissionais suficientes para o desenvolvimento das atividades - RH treinados para o desenvolvimento das atividades	- Técnicos lotados no NDVS em número adequado para o desenvolvimento das ações planejadas - Existência de técnicos que são treinados para o desenvolvimento das ações	NSA
	Articulação técnica	Planilhas de pactuação	-Existência de planilhas de pactuação disponibilizadas oportunamente -Nº de planilhas pactuadas	-Planilhas disponibilizadas para discussão e preenchimento -Nº de planilhas da PAP/VS pactuadas na região, num determinado ano	NSA
		Dados gerados pelas assessorias	-Existência de dados gerados pelas assessorias p/ a pactuação -Existência de dados gerados pelas assessorias p/ a supervisão	-Dados das assessorias que estão disponíveis para a pactuação - Dados das assessorias que estão disponíveis para a supervisão	NSA
		Protocolos, manuais técnicos e recomendações	Existência de protocolos, manuais técnicos e recomendações para a realização das atividades	Protocolos, manuais técnicos e recomendações disponíveis para a realização das atividades	NSA

Quadro 5 - Indicadores de implementação para a dimensão Técnica segundo o componente estrutural insumo: subdimensão adesão

Dimensão	Subdimensão	Componente estrutural Insumo	Indicador/critério	Descrição	Método de cálculo
TÉCNICA	Adesão Aceitabilidade + nível de conhecimento	Planos e progam. municipais	Disponibilidade dos planos e programações municipais	NDVS com acesso aos planos e programações em vigilância da saúde elaborados pelos municípios da região	NSA
		Informações oriundas de sistema de informação oficial	Acesso às informações oriundas de sistema de informações oficial	NDVS com acesso direto aos dados gerados pelos sistemas de informação oficial	NSA
		Materiais educativos	Existência de material educativo para desenvolvimento das atividades	NDVS com disponibilidade de material para o desenvolvimento de ações educativas	NSA

Quadro 6 - Indicadores de implementação para a dimensão técnica segundo o componente estrutural atividade: subdimensão integralidade e, articulação técnica

Dimensão	Subdimensão	Componente Atividade	Indicador/ Critério	Descrição	Método de Cálculo
TÉCNICA	Integralidade	Elaboração integrada das pactuações municipais e regional	Existência de discussões integradas p/ as pactuações, entre os municípios da região	Discussão regional das metas a serem pactuadas na PAP/VS em um determinado ano	NSA
		Avaliação e monitoramento da PAP/VS	Realização de M&A da PAP/VS	Realização sistemática de M&A da PAP/VS	NSA
	Articulação técnica	Oficina de pactuação da PAP/VS	Proporção de técnicos treinados participantes da pactuação	Proporção de técnicos participantes da pactuação que receberam treinamento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de técnicos treinados realizando pactuação}}{\text{Total de técnicos treinados}} \times 100$
		Realização de supervisão das metas da PAP/VS	-Nº de supervisões realizadas -Proporção de técnicos treinados que realizam a supervisão	-nº de supervisões da PAP/VS realizadas no período de 1 ano - Proporção de técnicos participantes da supervisão que receberam treinamento	NSA $\frac{\text{-N}^\circ \text{ de técnicos treinados realizando supervisão}}{\text{Total de técnicos treinados}} \times 100$
		Adaptação de protocolos, manuais e recomendações	Protocolos, manuais e recomendações adaptados para as atividades	Protocolos, manuais e recomendações adaptados de acordo com as atividades realizadas	NSA

Quadro 7 - Indicadores de implementação para a dimensão técnica segundo o componente estrutural atividade: subdimensão adesão

Dimensão	Subdimensão	Componente Atividade	Indicador/ Critério	Descrição	Método de Cálculo
TÉCNICA	Adesão Aceitabilidade + nível de conhecimento	Treinamento p/ pactuação da PAP/VS	Proporção de técnicos treinados p/pactuação	Proporção de téc. que receberam treinamento p/ pactuação da PAP/VS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de técnicos treinados p/pactuação}}{\text{Total de técnicos}} \times 100$
		Treinem. p/supervisão da PAP/VS	Proporção de técnicos treinados p/supervisão	Proporção de téc. que receberam treinamento p/ supervisão da PAP/VS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de técnicos treinados p/supervisão}}{\text{Total de técnicos}} \times 100$
		Treinem. p/ avaliação e monitoramento da PAP/VS	Proporção de técnicos treinados p/ M&A da PAP/VS	Proporção de técnicos que receberam treinamento para M&A da PAP/VS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de técnicos treinados para M\&A}}{\text{Total de técnicos}} \times 100$
		Treinem. p/ análise da situação de saúde regional	Proporção de técnicos treinados p/análise da sit. de saúde regional	Proporção de técnicos que receberam treinamento p/ análise da sit. de saúde regional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de técnicos treinados p/ análise da sit. de saúde regional}}{\text{Total de técnicos}} \times 100$
		Treinamento p/ avaliação dos planos e programações municipais	Proporção de técnicos treinados para avaliação dos planos e program. municipais	Proporção de técnicos que receberam treinamento para avaliação dos planos e program. municipais	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de téc. treinados p/aval. dos planos e prog. municipais}}{\text{Total de técnicos}} \times 100$
		Realização de capacitações em temas relacionados à VS	Capacitações realizadas pelo NDVS em temas relacionados à VS	Capacitações oferecidas aos técnicos municipais em temas relacionados à VS	NSA
		Realização de análises da sit. de saúde regional	Realização de análises da situação de saúde regional	Análises da sit. de saúde da Metro II realizadas por ano	NSA
		Elaboração de relatórios solicitados pela SESDEC	Proporção relatórios solicitados pela SESDEC elaborados	Percentual de relatórios que foram elaborados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de relatórios elaborados}}{\text{N}^\circ \text{ de relatórios solicitados}} \times 100$
		Avaliação da conformidade dos planos e programações ao perfil dos municípios	Nº de planos e programações de VS avaliados	Nº de planos e programações de VS elaborados pelos municípios que foram avaliados no ano	NSA
		Disseminação de informações geradas pelos sist. de inf. Oficiais	Elaboração de boletins/informativos	Boletins elaborados pelo NDVS no ano	NSA

Na dimensão Gestão e Financiamento (Quadros 8 e 9) foram consideradas as subdimensões: a) administrativa, onde foram analisadas a configuração do organograma e a articulação/integração com outras instâncias e; b) financeira, onde foram avaliadas questões ligadas à implantação e monitoramento do fluxo de recursos.

Quadro 8 - Indicadores de implementação para a dimensão Gestão e Financiamento segundo o componente estrutural insumo

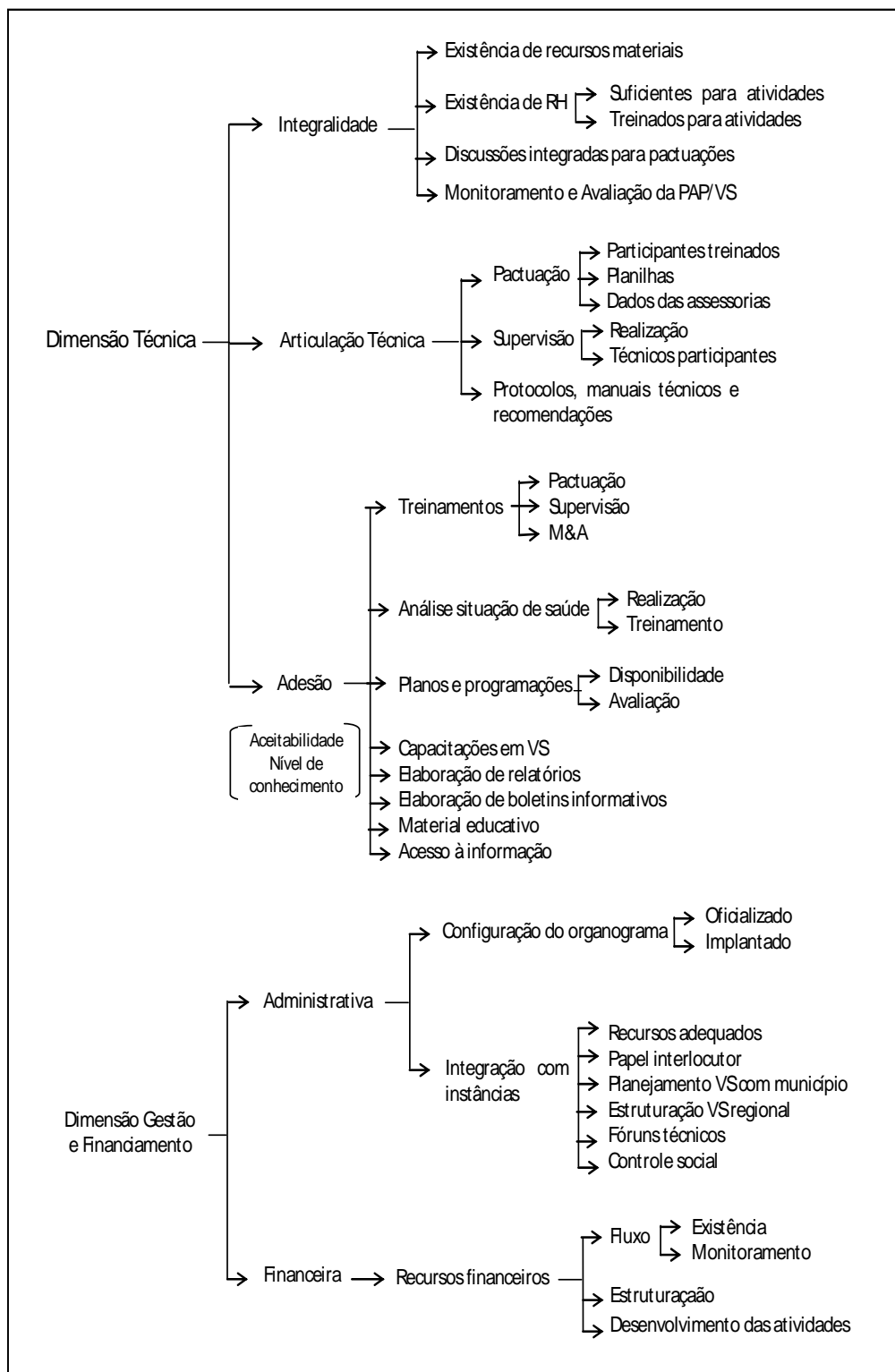
Dimensão	Subdimensão		Componente	Indicador/critério	Descrição	Método de cálculo
GESTÃO E FINANCIAMENTO	Administrativa	Configuração do organograma	Documento de registro do organograma	Existência de organograma oficializado	NDVS inserido em organograma publicado pela SESDEC	NSA
		Integr/artic com outras instâncias	Recursos materiais	Existência de recursos materiais adequados para o desenvolvimento das atividades	Presença de recursos mat. adequados ao desenv. das ações	NSA
	Financeira (destinação e fluxo de recursos)		Recursos financeiros	- Existência de recurso financeiro destinado p/ a estruturação do NDVS - Existência de recurso financeiro destinado para o desenvolvimento das atividades	Recursos financeiros disponíveis para a estruturação e desenv. das atividades do NDVS	NSA

Quadro 9 - Indicadores de implementação para a dimensão Gestão e Financiamento segundo o componente estrutural Atividade

Dimensão	Subdimensão	Componente	Indicador/critério	Descrição	Método de cálculo	
GESTÃO E FINANCIAMENTO	Administrativa	Implantação do organograma	Existência de organograma implantado	Operacionalização do NDVS conforme estabelecido no organograma	NSA	
		Integrar/articular com outras instâncias	Interlocação técnica entre munic. e nível central	Realização de interlocação entre municípios e o nível central da SESDEC	NDVS intermediando contatos entre municípios e SESDEC	NSA
			Elaboração do planej. e program. da VS em conjunto com município	Realização de planejamento e programação da VS em conjunto com município	Planejam. e programação das ações de VS realizadas em conjunto com municípios	NSA
			Desenvolvimento de ações p/ promoverem a estrut. da VS regional	Realização de ações p/ promoção da estruturação da VS regional	Atuação do NDVS como promotor das ações de VS	NSA
			Participação em fóruns técnicos	Participação em fóruns técnicos	Técnicos com participação ativa em fóruns técnicos	NSA
			Controle social	Inserção do controle social no planejamento das atividades	CMS inserido no planejamento das ações em VS	NSA
			Financeira (destinação e fluxo de recursos)	Implantação do fluxo de recursos	Existência de fluxo de recursos	Recursos com fluxo estabelecido
	Realização de monitoramento do fluxo de recursos	Existência de monitoramento do fluxo de recursos		NDVS com monitoramento dos recursos oriundos da SESDEC	NSA	

A figura 1 abaixo traz uma sistematização das dimensões, suas subdimensões e componentes utilizados na análise.

Figura 1 – Diagrama representativo das dimensões, subdimensões e seus componentes



As matrizes de análise e julgamento (Quadros 10 a 13) tiveram sua pontuação distribuída igualmente entre as duas dimensões analisadas: Técnica e; Gestão e Financiamento. Em cada dimensão, considerou-se a relevância atribuída pelos interessados na avaliação. As dimensões somam 500 pontos cada, perfazendo um total de 1000 pontos.

Dimensão Técnica

a) Integralidade

Nessa subdimensão, para o componente estrutural insumo foram considerados: os recursos materiais e os recursos humanos. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 90 pontos (Quadro 10).

Para o componente estrutural atividade, foram considerados: a elaboração integrada das pactuações municipais e regional e; avaliação e monitoramento da PAP/VS. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 90 pontos (Quadro 11).

A pontuação máxima atribuída a esta subdimensão foi de 180 pontos.

b) Articulação Técnica

Nessa subdimensão, para o componente estrutural insumo, foram considerados: as planilhas; dados gerados pelas assessorias e; protocolos, manuais técnicos e recomendações. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 60 pontos (Quadro 10).

Para o componente estrutural atividade, foram considerados: oficina de pactuação da PAP/VS; realização de supervisão das metas da PAP/VS e; adaptação de protocolos, manuais técnicos e recomendações. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 60 pontos (Quadro 11).

A pontuação máxima atribuída a esta subdimensão foi de 120 pontos.

c) Adesão (aceitabilidade e nível de conhecimento)

Nessa subdimensão, para o componente estrutural insumo, foram considerados: planos e programações municipais; informações oriundas de sistemas de informação oficiais e; materiais educativos. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 100 pontos (Quadro 10).

Para o componente estrutural atividade, foram considerados: treinamento para pactuação da PAP/VS; treinamento para supervisão da PAP/VS; treinamento para

avaliação e monitoramento da PAP/VS; treinamento para análise da situação de saúde regional; treinamento para avaliação dos planos e programações municipais; realização de capacitações em temas relacionados à VS; realização de análises da situação de saúde regional; elaboração de relatórios solicitados pela SESDEC; avaliação da conformidade dos planos e programações ao perfil dos municípios e; disseminação de informações geradas pelos sistemas de informação oficiais. A pontuação total máxima atribuída a esses componente foi de 100 pontos (Quadro 11).

A pontuação máxima atribuída a esta subdimensão foi de 200 pontos.

Quadro 10 – Matriz de análise e julgamento da dimensão Técnica segundo componente insumo

Dimensão	Subdimensão	Indicador/critério	PE	PO
TÉCNICA Σ= 250 pontos	Integralidade Σ= 90 pontos	Existência de recursos materiais suficientes para realização das atividades		
		Sim	30	
		Não	0	
		Existência de recursos humanos suficientes para o desenvolvimento das atividades		
		Sim	30	
		Não	0	
		Existência de RH treinados para o desenvolvimento das atividades		
		Sim	30	
		Não	0	
	Articulação técnica Σ= 60 pontos	Existência de planilhas de pactuação disponibilizadas oportunamente		
		Sim	12	
		Não	0	
		Nº de planilhas de metas pactuadas		
		= 7 planilhas	12	
		< 7 planilhas	0	
		Existência de dados gerados pelas assessorias p/ a pactuação		
		= 100% dos dados	12	
		> 60% e < 100% dos dados	7	
		≤ 60% dos dados	0	
		Existência de dados gerados pelas assessorias p/ a supervisão		
		= 100% dos dados	12	
		> 60% e < 100% dos dados	7	
		≤ 60% dos dados	0	
		Existência de protocolos, manuais técnicos e recomendações para a realização das atividades		
	Sim	12		
	Não	0		
	Adesão aceitabilidade + nível de conhecimento Σ= 100 pontos	Disponibilidade dos planos e programações municipais		
		Sim	30	
		Não	0	
		Acesso às informações oriundas de sistema de informações oficial		
Sim		35		
Não		0		
Existência de material educativo para o desenvolvimento das atividades				
Sim		35		
Não		0		

PE: pontuação esperada PO: pontuação observada

Quadro 11 – Matriz de análise e julgamento da dimensão Técnica segundo componente Atividade

Dimensão	Subdimensão	Indicador/critério	PE	PO
TÉCNICA Σ= 250 pontos	Integralidade Σ= 90 pontos	Existência de discussões integradas para as pactuações, entre os municípios da região		
		Sim	40	
		Não	0	
		Realização de monitoramento e avaliação da PAP/VS		
		Realiza monitoramento e avaliação	50	
		Realiza somente monitoramento	25	
		Realiza somente avaliação	25	
	Não realiza avaliação e monitoramento	0		
	Articulação técnica Σ= 60 pontos	Proporção de técnicos treinados participantes da pactuação		
		100%	15	
		> 60% e < 100%	9	
		< 60%	0	
		Nº supervisões realizadas por ano		
		= 7	15	
		< 7	0	
		Proporção de técnicos que realizam a supervisão		
		100%	15	
		> 60% e < 100%	9	
	< 60%	0		
	Protocolos manuais e recomendações adaptados para as atividades			
	Sim	15		
	Não	0		
	Adesão aceitabilidade + nível de conhecimento Σ= 100 pontos	Proporção de técnicos treinados p/ pactuação		
		100%	10	
		> 60% e < 100%	6	
		≤ 60%	0	
		Proporção de técnicos treinados p/supervisão		
		100%	10	
		> 60% e < 100%	6	
		≤ 60%	0	
		Proporção de técnicos treinados para M&A da PAP/VS		
		100%	10	
		> 60% e < 100%	6	
		≤ 60%	0	
		Proporção de técnicos treinados p/análise da sit. de saúde regional		
		100%	10	
		> 60% e < 100%	6	
		≤ 60%	0	
		Proporção de técnicos treinados p/avaliação dos planos e progam.		
		100%	10	
		> 60% e < 100%	6	
		≤ 60%	0	
		Capacitações realizadas pelo NDVS em temas relacionados à VS		
		Sim	10	
		Não	0	
		Realização de análises da situação de saúde		
		Sim	10	
Não		0		
Proporção relatórios solicitados pela SESDEC elaborados				
100%		10		
> 60% e < 100%		6		
≤ 60%		0		
Nº de planos e programações municipais avaliados				
= 7 planos	10			
< 7 planos	0			
Elaboração de boletins/informativos				
Sim	10			
Não	0			

PE: pontuação esperada PO: pontuação observada

Dimensão Gestão e Financiamento

a) Administrativa

Nessa subdimensão, para o componente estrutural insumo, foram considerados: documento de registro do organograma e; recursos materiais. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 150 pontos (Quadro 12).

Para o componente estrutural atividade, foram considerados: implantação do organograma; interlocução técnica entre municípios e o nível central; elaboração do planejamento e programação da vigilância da saúde em conjunto com os municípios; desenvolvimento de ações para promover a estruturação da vigilância da saúde regional; participação em fóruns técnicos e; controle social. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 150 pontos (Quadro 13).

A pontuação máxima atribuída a esta subdimensão foi de 300 pontos.

Quadro 12 – Matriz de análise e julgamento da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente Insumo

Dimensão	Subdimensão	Indicador/critério	PE	PO
GESTÃO E FINANCIAMENTO $\Sigma = 250$ pontos	Administrativa $\Sigma = 150$ pontos	Config. do organograma 75	Existência de organograma oficializado	
			Sim	75
			Não	0
		Integr/artic com outras instâncias 75	Existência de recursos materiais adequados para o desenvolvimento das atividades	
			Sim	75
			Não	0
	Financeira (destinação e fluxo de recursos) $\Sigma = 100$ pontos	Existência de recursos destinado para a estruturação do NDVS		
		Sim	50	
		Não	0	
		Existência de recurso destinado para o desenvolvimento de suas atividades		
Sim	50			
Não	0			

PE: pontuação esperada PO: pontuação observada

b) Financeira (destinação e fluxo de recursos)

Nessa subdimensão, para o componente estrutural insumo, foi considerado: recursos financeiros. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 100 pontos (Quadro 12).

Para o componente estrutural atividade, foram considerados: implantação do fluxo de recursos e; realização de monitoramento do fluxo de recursos. A pontuação total máxima atribuída a este componente foi de 100 pontos (Quadro 13).

A pontuação máxima atribuída a esta subdimensão foi de 200 pontos

Quadro 13 – Matriz de análise e julgamento da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente Atividade

Dimensão	Subdimensão		Indicador/critério	PE	PO	
GESTÃO E FINANCIAMENTO $\Sigma = 250$ pontos	Administrativa $\Sigma = 150$ pontos	Config. do organograma $\Sigma = 75$	Existência de organograma implantado			
			Sim	75		
			Não	0		
		Integr/articul. com outras instâncias $\Sigma = 75$	Realização de interlocução entre municípios e o nível central da SESDEC	Sim	15	
				Não	0	
			Realização de planejam. e programação da VS em conjunto com município	Sim	15	
				Não	0	
			Realização de ações p/ promoção da estruturação da VS regional	Sim	15	
				Não	0	
			Participação em fóruns técnicos	Sim	15	
				Não	0	
			Inserção do controle social no planejamento das atividades	Sim	15	
				Não	0	
			Financeira destinação e fluxo de recursos $\Sigma = 100$ pontos	Existência de fluxo de recursos	Sim	50
	Não	0				
	Existência de monitoramento do fluxo de recursos	Sim		50		
		Não		0		

PE: pontuação esperada PO: pontuação observada

c) Parâmetros

Os parâmetros utilizados para avaliar o grau de implantação foram definidos por meio de quartis e estão apresentados no Quadro 14. O grau de implantação foi definido como: implantado para os valores acima de 75%; parcialmente implantado para os valores entre 50 e 75%; crítico para os valores entre 25 e 49% e; não implantado para os valores inferiores a 25%.

Quadro 14 - Parâmetros para o grau de implantação

Percentual	Grau de implantação
> 75%	Implantado
50-75%	Parcialmente implantado
25-49%	Crítico
< 25%	Não implantado

4.6 – Meta-avaliação

A meta-avaliação consiste em avaliar a avaliação. Atentando-se ao fato de que para realizar uma avaliação, é necessário emitir um juízo de valor, deve-se assegurar sua qualidade, eticidade e validade.

Nesse caso o presente estudo se baseou nos atributos básicos do Joint Committee Standards for Educational Evaluation: *Utilidade, Viabilidade, Propriedade e Precisão*. Esses atributos são compostos por 30 diretrizes para a avaliação de programas (JCSEE, 1994).

As diretrizes relacionadas à *utilidade* pretendem garantir que a avaliação atenda as necessidades de informação dos usuários potenciais. Neste sentido, este estudo atendeu as necessidades do gestor estadual por apontar os possíveis caminhos para a consolidação do processo de implantação dos NDVS.

As diretrizes de *viabilidade* pretendem assegurar que uma avaliação seja realista, prudente e moderada. Procurou-se conduzir a avaliação de acordo com as condições possíveis, atentando também para não esbarrar em entraves políticos.

As diretrizes de *propriedade* são aquelas relacionadas à condução ética do estudo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e todas as exigências foram rigorosamente obedecidas. Procurou-se ter o cuidado de apontar igualmente as fragilidades e os pontos fortes da intervenção, buscando-se sempre anular qualquer tendenciosidade da avaliação.

Finalmente, as diretrizes de *precisão* têm por finalidade garantir que uma avaliação revele e transmita informações tecnicamente adequadas sobre as características que determinam o valor ou mérito do programa que está sendo avaliado. Todas as informações utilizadas foram advindas de fontes confiáveis e passíveis de revisão. Os instrumentos foram detalhadamente explicados e, no desenho da avaliação, buscou-se esclarecer todos os passos dados. A preocupação em atingir um julgamento imparcial justifica tais cuidados.

V – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir estão organizados conforme as etapas da pesquisa apresentadas anteriormente, ou seja, a primeira parte corresponde a avaliação do grau presumido de implantação dos NDVS do Estado e, a segunda à avaliação do grau observado de implantação do NDVS da região metropolitana II.

5.1 – Grau presumido de implantação dos NDVS do Estado

Inicialmente será apresentado a caracterização dos Núcleos, seguida da caracterização dos coordenadores e, finalmente, serão mostradas e discutidas as pontuações obtidas nas matrizes de julgamento.

5.1.1. Caracterização dos Núcleos

Os Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde estão distribuídos pelo Estado conforme as regiões. Exceção para a região metropolitana I que foi dividida em I-A e I-B, sendo que o NDVS Metro I-A incorporou os municípios da região da Baía de Ilha Grande.

O projeto original previa a criação de doze núcleos. Segundo informações do coordenador da UAT (Unidade de Apoio Técnico) do projeto VIGISUS, haveria um Núcleo central – o Núcleo do Rio de Janeiro, com o município se remetendo a ele. Haveria também um Núcleo em Itaguaí e outro em Parati. Como não houve concursados suficientes para Itaguaí, o mesmo foi extinto. O mesmo ocorreu com o Núcleo de Parati. Então, três Núcleos não foram implantados. Para o coordenador, a proposta futura é implantar um Núcleo na baía de Ilha Grande com sede em Angra.

Os aprovados no concurso de 2001 foram convocados em 2005. Mesmo sem estruturação, o projeto continuou e houve uma disposição em tocar a regionalização da vigilância.

O Quadro 15 apresenta os Núcleos, seus municípios de abrangência e respectiva cidade pólo. São 91 municípios distribuídos pelos nove núcleos. O Município do Rio de Janeiro não está vinculado a núcleo descentralizado, e sim ao nível central da SESDEC/RJ. O NDVS da região Metropolitana II será abordado de forma detalhada na Etapa 2 deste trabalho.

Quadro 15 – Caracterização dos NDVS, conforme municípios e cidade pólo

NDVS	MUNICÍPIOS	CIDADE-POLO
Centro-Sul	Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras	Três Rios
Litorânea	Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, Saquarema, S. Pedro d'Aldeia	Casimiro de Abreu
Médio – Paraíba	Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda	Volta Redonda
Metro I-A	Angra dos Reis, Itaguaí, Japeri, Mangaratiba, Nova Iguaçu, Paraty, Queimados, Seropédica	Nova Iguaçu
Metro I-B	Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Mesquita, Nilópolis, S. João de Meriti	Duque de Caxias
Metro II	Itaboraí, Marica, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá	São Gonçalo
Noroeste	Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna, Lage de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Sto. Antonio de Pádua, S. José de Ubá, Varre e Sai	Itaperuna
Norte	Campos, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabú, Macaé, Quissamã, S. Fidélis, S. Francisco de Itabapoana, S. João da Barra	Campos
Serrana	Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Sta. Maria Madalena, S. José do Vale do Rio Preto, S. Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes	Nova Friburgo

Os dados apresentados a seguir foram coletados através das entrevistas realizadas com os coordenadores dos Núcleos, portanto podem não retratar fidedignamente a realidade, já que variam com a percepção e com o grau de detalhamento de cada um.

Todos foram implantados no ano de 2005, porém somente quatro deles permanecem no mesmo local de implantação. Há casos em que aconteceram várias mudanças de local ou permaneceram sem local por um período de tempo. Atualmente, a busca por melhores espaços ainda é constante para alguns.

“A princípio ficávamos na vigilância epidemiológica da secretaria. As reuniões ocorriam do lado de fora. Ficávamos na varanda”

“Nós tivemos dificuldades até mesmo em estar se instalando. Agente não tinha infra-estrutura. Agente está aqui num espaço provisório. O comando, ele pode decidir pela desocupação da sala.”

“Olha, eles foram para lá em março do ano passado, porque eles ficaram um tempo sem local. Ficaram trabalhando um tempo em casa. Começaram inicialmente dentro da secretaria de saúde, aí tiveram que sair. Foram para o DER, ficaram um tempo, só que pediram a sala do

DER, não é? Aí ficaram uns quatro, cinco meses sem nenhum espaço. Trabalhando mesmo virtualmente, em casa.”

Somente um dos Núcleos possui sede própria. Define-se aqui como sede própria um espaço designado especificamente para o Núcleo, de forma oficial, podendo ser do próprio Estado ou alugado. O Núcleo em questão possui sede em prédio alugado e divide o espaço com a central de regulação e o consórcio da região. Este espaço foi formalizado em documento assinado pelo então secretário estadual de saúde.

“É um espaço nosso, mas não é um espaço estadual. É uma instância estadual. No sentido de ser alugado para isso, é um espaço próprio.”

“É cedido. Não é da gente. A gente tem uma sede que não é nossa. Tem uma sala boa, está com ar condicionado. Tem telefone, um espaço físico legal. Mas assim, a gente pode a qualquer momento ser expulso.”

Quanto ao espaço ocupado, somente três consideram excelente. O espaço físico foi classificado como pouco adequado por três dos entrevistados; razoavelmente adequado por um e; outro classificou como pouco adequado.

“Pouco adequado. Porque, assim, a sala é boa, mas ainda não tem uma estrutura que a gente receba, não é? Nossa, própria, para receber os nossos municípios, para a gente sentar e fazer as reuniões com os municípios. E até para a questão da infra-estrutura do Núcleo.”

A falta de espaço ou a inadequação do mesmo leva ao comprometimento da realização das atividades uma vez que limita a atuação dos técnicos. As limitações podem estar relacionadas às dificuldades de organização do processo de trabalho num espaço pouco adequado e também a impossibilidade de realização de eventos que requeiram espaços relativamente confortáveis. Conseqüentemente, tal fato, pode comprometer a adesão técnica ao desenvolvimento das ações.

Os Núcleos estão situados dentro dos mais variados espaços: hospitais estaduais; policlínica dos bombeiros; secretarias municipais de saúde; batalhão da polícia militar; Fundação Leão XIII e; consórcio de saúde. Nas falas dos coordenadores, foi comum a preocupação com a instabilidade do local em que estão situados.

“Numa sala boa, mas assim, é uma situação ainda um pouco desconfortável, porque a gente fica com aquela questão que muda governo, muda tudo.”

Os variados cenários políticos e institucionais em que os Núcleos se encontram, acabam por determinar diferentes graus de vulnerabilidade, deixando-os em situações distintas um dos outros e causando conflitos internos em suas equipes.

Cinco dos nove coordenadores julgam que o acesso ao Núcleo é fácil, três razoável e um foi considerado como acesso parcial. Quatro coordenadores consideram a localização adequada; dois, como razoavelmente adequado; dois, como pouco adequada e, um julga excelente.

“Muito mal descentralizado. Porque é distante para alguns municípios. A cidade pólo não foi adequada.”

“A chegada a ele é boa, muito boa. Porque é no centro da cidade.”

“Ele está no centro, mas na periferia do centro. Para vim para cá tem que vim por fora para chegar.”

As impressões acima mostram os diferentes contextos em que se encontram os NDVS. Não há padrão de acesso, adequabilidade de localização e de espaço físico.

De acordo com informações dadas pelo coordenador da UAT, a idéia original era se construir espaços para os Núcleos. Isso gerou um processo, inclusive com as plantas do espaço onde seriam construídos. Mas, este recurso não era advindo do projeto VIGISUS, e sim de outra instância do Ministério da Saúde (MS), mas especificamente do controle de zoonoses. Houve um erro na elaboração do projeto que não foi possível corrigir, apesar dos esforços junto ao MS para alterar o projeto. Ele relatou também que o projeto VIGISUS teve problemas relacionados à construção em várias regiões do país. Poucas construções foram implementadas.

Foi relatado também que houve dificuldades em relação ao terreno, porque o município teria que ceder o espaço e haveria todo um processo de passar pela câmara de vereadores. O terreno sendo municipal deveria ser cedido para o Estado. Alguns lugares eram estaduais e o local onde se encontra atualmente o Hospital Geral Alberto Torres, era um dos selecionados pelos arquitetos para a construção do NDVS Metro II. Atualmente, como dito anteriormente, o mesmo ocupa uma enfermaria do hospital.

Em 2003 na retomada do projeto, uma repactuação realizada junto a CIB, assegurou que o espaço físico fosse cedido pelos municípios e, em contrapartida, o Estado forneceria mobiliário e equipamentos. Em 2005, quando os concursados foram convocados, retornaram-se as negociações com a CIB onde foi confirmada a cessão do

espaço físico. Ainda hoje, há um esforço por parte do COGEST em estruturar melhor os Núcleos.

Apenas cinco dos nove núcleos comportam todos os materiais, sendo que alguns mantêm os mesmos empilhados ou, não foi possível recebê-los. Três deles possuem telefone e internet; três possuem somente telefone; dois possuem apenas internet e; um não tem nenhum dos dois.

“Isso é uma dificuldade tremenda. A gente manda um e-mail e separa em dois grupos. De manhã, pede para ligar lá da sala do secretário, para saber se recebeu o e-mail e à tarde liga para a outra metade.”

A carência dos canais de comunicação dificulta a articulação com os municípios e outras instâncias. O fato se torna mais importante naqueles mais afastados da capital do Estado, onde muitas vezes, para própria comunicação com o nível central, é utilizada a comunicação por correspondência.

Ainda sobre a infra-instrutora, somente três dos nove Núcleos possuem pelo menos um ponto de água na sala e apenas quatro possuem banheiro exclusivo. As condições de saneamento também interferem no processo de trabalho pois podem levar ao desconforto, comprometendo o desempenho profissional.

Quanto ao número de profissionais, apenas dois coordenadores consideram que são suficientes. Esta insuficiência foi citada também em relação às especialidades, dentre elas: médicos, enfermeiros e biólogos. A tabela 1 mostra o número de profissionais de cada Núcleo.

Tabela 1 – Número de profissionais por NDVS e função

NDVS	TÉCNICOS				AUX. ADM.	OUTROS	TOTAL
	Médico	Enfermeiro	Biólogo	Sanitarista			
Centro-Sul	-	2	2	1	5	0	10
Litorânea	-	2	3	1	2	1	9
Médio-paraíba	1	3	3	2	5	0	14
Metro I-A	-	3	2	2	2	1	10
Metro I-B	-	4	2	4	2	1	13
Metro II	2	2	2	5	3	3	17
Noroeste	1	1	-	-	2	0	4
Norte	-	2	-	-	4	0	6
Serrana	1	1	-	2	6	1	11
TOTAL	5	20	14	17	31	6	93

Os NDVS das regiões Norte e Noroeste, são os que possuem equipes com menor número de pessoas: seis e quatro; respectivamente. Somente quatro possuem mais de dez membros na equipe: Médio-Paraíba, Metro I-B, Metro II e Serrana.

Confrontando o Quadro 15 com a tabela 1, verifica-se que o NDVS Serrana que está numa região composta pelo maior número de municípios do Estado, possui apenas quatro técnicos de nível superior. A situação é semelhante nos NDVS Noroeste e Norte, que possuem dois técnicos para atender uma região composta por treze e nove municípios, respectivamente.

A composição da equipe, aliada as condições de alocação, são fatores que podem comprometer o desenvolvimento de ações.

5.1.2. Caracterização dos Coordenadores dos NDVS

Os nove coordenadores foram aqui denominados **CN**, seguidos de numeração arábica, sendo assim, são apresentados de **CN-01** até **CN-09**. Esses coordenadores são profissionais com formação diversa. Conforme o Quadro 16 abaixo há um coordenador de nível médio e oito coordenadores de nível superior. De acordo com a formação dos coordenadores, são quatro biólogos, dois enfermeiros, um pedagogo e um assistente social. Sete deles possuem especialização em Saúde Pública, enquanto um é especialista em entomologia.

Quadro 16 – Caracterização dos Coordenadores dos NDVS do Estado do Rio de Janeiro, segundo formação, especialidade, sexo e tempo de ocupação do cargo

TÉCNICO	FORMAÇÃO	ESPECIALIDADE	SEXO	TEMPO
CN-01	Biologia	Entomologia	M	2008
CN-02	Biologia	Saúde Pública	F	2007
CN-03	Biologia	Saúde Pública	M	2008
CN-04	Biologia	Saúde Pública	F	2006
CN-05	Enfermagem	Saúde Pública	F	2007
CN-06	Enfermagem	Saúde Pública	F	2007
CN-07	Nível Médio	-	M	2005
CN-08	Pedagogia	Saúde Pública	F	2005
CN-09	Serviço Social	Saúde Pública	F	2006

Somente dois coordenadores ocupam o cargo desde o ano de implantação dos mesmos. Todos possuem vínculo público, sendo que três deles possuem vínculo federal.

A faixa etária varia de 34 a 51 anos e a distribuição por sexo é de seis mulheres e três homens.

A maioria dos coordenadores pertencia ao corpo técnico do próprio NDVS, quando foram nomeados para o cargo. Este fato pode ter contribuído para o bom relacionamento que os coordenadores relatam ter com os membros da equipe.

5.1.3. Pontuações obtidas

Neste item será apresentado o consolidado da pontuação obtida e do índice global de implementação por dimensão/subdimensão e componente estrutural para cada Núcleo do Estado.

A partir desse momento, obedecendo aos preceitos éticos, os Núcleos serão identificados por letras: A até letra I.

As entrevistas com os coordenadores e a análise documental, foram utilizadas como fonte de dados para atribuição das pontuações das matrizes de julgamento. Do total de Núcleos, somente oito disponibilizaram seus documentos. Como apenas dois forneceram documentos elaborados desde o ano de 2005, ano de implantação, optou-se por considerar somente aqueles que estão relacionados ao ano de 2007.

Ainda sobre os documentos, foram analisados os livros de registros de atividades de quatro dos nove Núcleos. Quanto ao relatório de atividades, apenas cinco dos oito NDVS os disponibilizaram. Em relação ao ano de 2007, dois dos cinco, apresentaram relatórios incompletos. O Núcleo F, apresentou relatórios relacionados ao segundo e terceiro trimestre e, o H, disponibilizou os relatórios referentes aos três primeiros trimestres do referido ano.

Os NDVS D e E apresentaram lista de eventos ocorridos, classificados como reuniões, oficinas e capacitações. O NDVS G disponibilizou agenda mensal constando as atividades realizadas. Com exceção dos livros de registros, todos os documentos estão em meio eletrônico. O Núcleo B não disponibilizou os documentos. Portanto, sua pontuação se baseou exclusivamente na entrevista, o que implicou em fragilidades para a análise.

Dimensão Técnica

Serão apresentados os resultados obtidos nas subdimensões: Integralidade; Articulação Técnica e; Adesão, considerando a aceitabilidade e o nível de conhecimento.

A Tabela 2 abaixo mostra o consolidado dos pontos obtidos nas subdimensões de integralidade; articulação técnica e; adesão; segundo o componente estrutural insumo.

Tabela 2 – Grau de implantação da dimensão Técnica segundo componente insumo

NDVS	Subdimensão Integralidade (PM=90)		Subdimensão Art. Técnica (PM=60)		Subdimensão Adesão (PM=100)		Σ	%	Grau de implantação
	PO	%	PO	%	PO	%			
A	60	67	38	63	65	65	163	65	Parcialmente implantado
B	30	33	38	63	30	30	98	39	Crítico
C	30	33	26	43	65	65	121	48	Crítico
D	60	67	50	83	65	65	175	70	Parcialmente implantado
E	60	67	38	63	30	30	128	51	Parcialmente implantado
F	0	0	50	83	30	30	80	32	Crítico
G	60	67	38	63	30	30	128	51	Parcialmente implantado
H	30	33	26	43	30	30	86	34	Crítico
I	30	33	55	92	65	65	150	60	Parcialmente implantado

PO= pontuação observada; PM=pontuação esperada.
Pontuação esperada de integralidade+art. técnica+adesão = 250

Os dados relacionados na tabela indicam que para o componente estrutural insumo, esta dimensão obteve um grau de implantação parcial em cinco dos nove NDVS. O resultado crítico apresentado por quatro Núcleos deve-se principalmente a deficiência de recursos materiais e humanos. Outro fator importante é a escassez de materiais educativos e problemas relacionados à informação e disponibilidade de dados.

“Não. Isso é uma coisa muito importante. Até porque, o município repassa as informações. Se tivesse acesso aos programas, então ficaria mais fácil para acompanhar.”

As dificuldades em obter dados gerados pelas assessorias comprometem a articulação para realizar as atividades de pactuação e supervisão, bem como as de assessoria técnica aos municípios.

Em alguns casos, a deficiência de recursos materiais está associada à falta de local apropriado para colocá-los. Em relação a esses recursos, há algumas desigualdades no quantitativo de material recebido e no tipo de material também. O coordenador,

apesar de ter ciência que determinado material não foi enviado, não sabe explicar o porquê da diferença em relação a outros núcleos. Não ficou muito claro se essa diferença já havia sido prevista ou foi decorrente de uma reprogramação na distribuição dos materiais.

A carência de recursos humanos, principalmente de técnicos de nível superior, é um fator apontado por parte dos coordenadores como grande dificultador para o desenvolvimento das ações.

Pode-se observar pela tabela 3, que sete Núcleos obtiveram grau de implantação crítico. Os menores escores são encontrados na subdimensão de adesão, onde todos obtiveram índice inferior a 50%.

Tabela 3 – Grau de implantação da dimensão Técnica segundo componente atividade

NDVS	Subdimensão Integralidade (PE=90)		Subdimensão Art. Técnica (PE=60)		Subdimensão Adesão (PE=100)		Σ	%	Grau de implantação
	PO	%	PO	%	PO	%			
A	25	28	45	75	40	40	110	44	Crítico
B	25	28	30	50	16	16	71	28	Crítico
C	50	56	30	50	36	36	116	46	Crítico
D	50	56	45	75	40	40	135	54	Parcialmente implantado
E	25	28	45	75	40	40	110	44	Crítico
F	50	56	45	75	40	40	135	54	Parcialmente implantado
G	25	28	45	75	40	40	110	44	Crítico
H	50	56	30	50	36	36	116	46	Crítico
I	25	28	45	75	20	20	90	36	Crítico

PO= pontuação observada; PE=pontuação esperada.

Pontuação esperada de integralidade+art. técnica+adesão = 250

Os indicadores relacionados aos treinamentos oferecidos aos técnicos para o desenvolvimento de atividades foram os que obtiveram pontuações mais baixas. Segundo sete dos entrevistados, não há oferta de treinamento para as ações referidas nas competências, tais como: pactuação, supervisão e avaliação. Tal informação foi confirmada pelos relatórios de atividades, onde não há registro de qualquer um desses treinamentos.

“Olha só. Quando a gente foi para o CBVS, a gente foi com essa expectativa de aprender todas essas coisas e a gente não viu nada disso lá. Então a gente começou a aprender na marra. Acompanhamos inicialmente as supervisões dos técnicos do nível central e isso deu certa base para as pessoas.”

“Como a gente analisa os planos? Como a gente faz isso? Como faz uma avaliação dos planos de ação? Que instrumentos a gente pode utilizar para isso? Até, para a gente chegar para os municípios e, colocar para os municípios, para a gente ajudá-los. Mas isso é uma grande questão.”

De acordo com os relatórios de atividades, os técnicos participam de alguns eventos, tais como: oficinas, encontros, seminários e cursos de curta duração. Estes são eventos direcionados aos profissionais da área de saúde em que são oferecidas vagas limitadas para os profissionais dos Núcleos. Destaca-se também que a participação em tais eventos não é homogênea, isto é, não se aplica a todos os NDVS. Não foi possível identificar se esta diferença está relacionada a uma especificidade regional ou se é por problemas de organização interna dos mesmos para o envio de técnicos.

É importante destacar que, no indicador relacionado à proporção de relatórios solicitados pela SESDEC, foi considerado somente a declaração de cada coordenador. Apesar do pesquisador não ter tido acesso a todos os relatórios, não foi possível determinar se este fato se deveu a inexistência dos mesmos ou a dificuldades operacionais para fornecê-los.

A tabela 4 apresenta o consolidado do grau de implantação obtido na dimensão técnica, segundo os componentes insumo e atividade.

Tabela 4 – Grau de implantação da dimensão Técnica segundo componentes: insumo e atividade

NDVS	Subdimensão Integralidade (PE =180)		Subdimensão Art. Técnica (PE =120)		Subdimensão Adesão (PE =200)		Σ	%	Grau de implantação
	PO	%	PO	%	PO	%			
A	85	47	83	69	105	52	273	55	Parcialmente implantado
B	55	30	68	57	46	23	169	34	Crítico
C	80	44	56	47	101	50	237	47	Crítico
D	110	61	95	79	105	52	310	62	Parcialmente implantado
E	85	47	83	69	70	35	238	48	Crítico
F	50	28	95	79	70	35	215	43	Crítico
G	85	47	83	69	70	35	238	48	Crítico
H	80	44	56	47	66	33	202	40	Crítico
I	55	30	100	83	85	42	240	48	Crítico

PO= pontuação observada; PE=pontuação esperada.

Pontuação esperada de integralidade+art. técnica+adesão =500

Esta dimensão, obteve o grau de implantação crítico para a maioria dos NDVS. Somente dois dos nove Núcleos receberam um grau de implantação parcial. Os menores escores observados apontam para uma baixa adesão ao desenvolvimento das

ações, possivelmente por requererem um conhecimento que não é oferecido para as equipes, o que pode levar ao desestímulo do técnico.

Dimensão Gestão

Serão apresentados os resultados obtidos nas subdimensões: Administrativa e Financeira.

A Tabela 5 abaixo mostra o consolidado dos pontos obtidos pelos Núcleos, nas subdimensões de gestão e financiamento segundo o componente estrutural insumo.

Tabela 5 – Grau de implantação da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente insumo

NDVS	Subdimensão Administrativa (PE =150)		Subdimensão Financeira (PE =100)		Σ	%	Grau de implantação
	PO	%	PO	%			
A	75	50	50	50	125	50	Parcialmente implantado
B	75	50	50	50	125	50	Parcialmente implantado
C	75	50	50	50	125	50	Parcialmente implantado
D	75	50	100	100	175	70	Parcialmente implantado
E	75	50	100	100	175	70	Parcialmente implantado
F	75	50	50	50	125	50	Parcialmente implantado
G	75	50	100	100	175	70	Parcialmente implantado
H	75	50	50	50	125	50	Parcialmente implantado
I	75	50	0	0	75	30	Crítico

PO= pontuação observada; PE=pontuação esperada.
Pontuação esperada de Administrativa+Financeira = 250

Do total dos nove, apenas um Núcleo obteve avaliação crítica para este componente. Este resultado se deve à subdimensão financeira, onde o coordenador declarou não haver recursos para estruturação do Núcleo e desenvolvimento das atividades. A inexistência de organograma oficializado contribuiu para que a subdimensão administrativa apresentasse escores de 50% para todos os Núcleos.

A maioria dos coordenadores confirmou ter o conhecimento sobre a existência de recursos para estruturação dos NDVS, ainda que este não estivesse disponível de fato. Um aspecto a ser destacado é de que não há gerência sobre esses recursos.

“A gente não tem gerência nenhuma sobre isso. Fica só sabendo as coisas através dos administrativos do nível central.”

Na subdimensão financeira, a variação de pontos se deve ao critério de existência de recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades. Os

coordenadores relataram que existe um pronto pagamento para despesas com material de consumo. Entretanto, somente seis deles receberam essa verba.

“Há a intenção do pronto pagamento, mas por enquanto, não há.”

Segundo dados levantados nas entrevistas, o pronto pagamento é um recurso no valor de R\$ 4.000,00 que deveria ser disponibilizado periodicamente para os Núcleos. Este recurso é enviado mediante abertura de conta pessoa física com destinação específica para isso.

Há restrições na utilização da verba. A mesma só pode ser utilizada para compra de material de consumo, conforme especificações contidas num manual. Há prazo determinado para utilização do recurso após o crédito na conta corrente. Todos os gastos devem ser comprovados mediante documentos fiscais e, após o prazo estabelecido, a conta deve ser encerrada com a devolução de possíveis saldos remanescentes. Para recebimento de novo pronto pagamento, uma nova conta deve ser reaberta.

Alguns coordenadores relataram que a limitação na utilização da verba, impede o desenvolvimento de atividades que requerem a utilização de recursos com outro tipo de aplicação.

“A gente pode comprar as coisas para poder usar para fazer oficinas. Agora, se fosse para um evento, para servir as coisas, não.”

Os coordenadores não possuem informação sobre a periodicidade com que essa verba é disponibilizada e, os que ainda não a receberam, não sabem explicar a demora em seu recebimento. Outro ponto importante é o desconhecimento das implicações fiscais que o depósito em uma conta de pessoa física pode ter para o correntista. Não há conhecimento se este montante constará da declaração de rendimentos –do titular, e de que forma isso se dará.

A Tabela 6 abaixo mostra o consolidado dos pontos obtidos pelos Núcleos, nas subdimensões de gestão e financiamento segundo o componente estrutural atividade.

Tabela 6 – Grau de implantação da dimensão Gestão e Financiamento segundo componente atividade

NDVS	Subdimensão Administrativa (PE=150)		Subdimensão Financeira (PE=100)		Σ	%	Grau de implantação
	PO	%	PO	%			
A	135	90	0	0	135	54	Parcialmente implantado
B	120	80	0	0	120	48	Crítico
C	120	80	100	100	220	88	Implantado
D	120	80	100	100	220	88	Implantado
E	105	70	0	0	105	42	Crítico
F	135	90	0	0	135	54	Parcialmente implantado
G	135	90	100	100	235	94	Implantado
H	135	90	100	100	235	94	Implantado
I	120	80	0	0	120	48	Crítico

PO= pontuação observada; PE=pontuação esperada.

Pontuação esperada de Administrativa+Financeira = 250

Para esta dimensão, em seu componente atividade, quatro Núcleos obtiveram o grau de implantação como implantado. Em contrapartida, três obtiveram um grau crítico de implantação. Esses extremos devem-se principalmente à subdimensão financeira, onde a ausência de fluxo e monitoramento de recursos em alguns casos, contribuiu para obtenção de escores muito baixos.

O acesso ao pronto pagamento é heterogêneo e, conseqüentemente, o fluxo de recursos também. Como dito anteriormente, não há uma periodicidade ou regularidade no envio de verbas.

“Não. ‘Fica na expectativa de’. O recurso não tem regularidade.”

A tabela 7 apresenta o grau de implantação com o somatório das pontuações obtidas na dimensão Gestão e Financiamento, segundo os componentes insumo e atividade.

Tabela 7 – Grau de implantação da dimensão Gestão e Financiamento segundo componentes: insumo e atividade

NDVS	Subdimensão Administrativa (PE=300)		Subdimensão Financeira (PE=200)		Σ	%	Grau de implantação
	PO	%	PO	%			
A	210	70	50	25	260	52	Parcialmente implantado
B	195	65	50	25	245	49	Crítico
C	195	65	150	75	345	69	Parcialmente implantado
D	195	65	200	100	395	79	Implantado
E	180	60	100	50	280	56	Parcialmente implantado
F	210	70	50	25	260	52	Parcialmente implantado
G	210	70	200	100	410	82	Implantado
H	210	70	150	75	360	72	Parcialmente implantado
I	195	65	0	0	195	39	Crítico

PO= pontuação observada; PE=pontuação esperada.

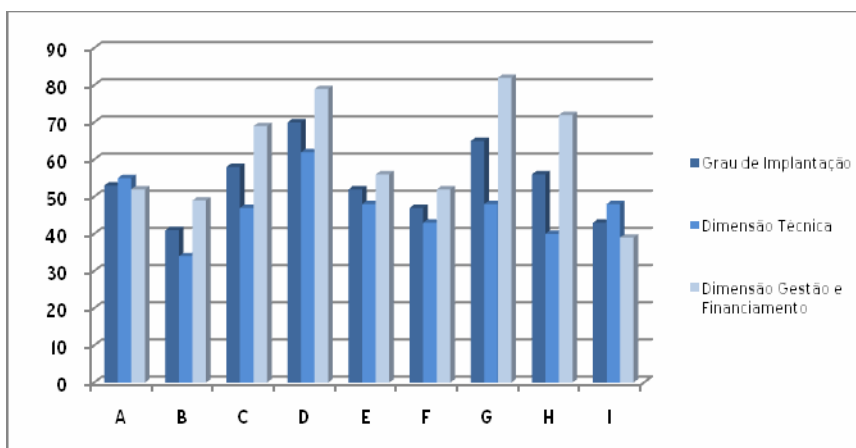
Pontuação esperada de Administrativa+Financeira = 500

O grau de implantação para esta dimensão foi de parcialmente implantado para cinco dos nove Núcleos. Dois deles obtiveram grau implantado e dois apresentaram um grau crítico de implantação.

A subdimensão financeira, relacionada aos recursos disponibilizados aos Núcleos, foi a que apresentou as maiores oscilações nos escores. Essas oscilações interferem no grau de implantação.

Finalmente, o Gráfico 1 apresenta o grau de implantação nas duas dimensões: Técnica e, Gestão e financiamento. É possível verificar que seis dos nove Núcleos obtiveram grau parcial de implantação e três apresentam implantação crítica.

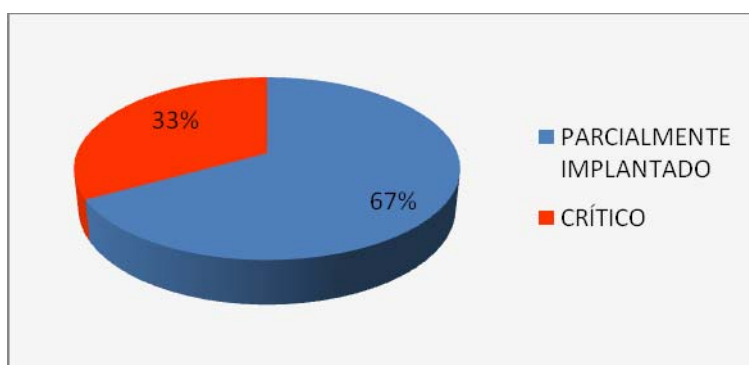
Gráfico 1 – Grau de implantação obtido pelas unidades de análise: Dimensão Técnica e; Gestão e Financiamento



Os Núcleos B e I apresentaram escores abaixo de 50% em ambas as dimensões. Somente os Núcleos A e D apresentaram escores acima de 50% em ambas as dimensões. Nenhum apresentou grau de implantado.

O resultado aponta para uma implantação desigual no Estado. O gráfico 2 representa o percentual de NDVS com o grau de implantação observado.

Gráfico 2 – Grau de implantação dos NDVS do Estado do Rio de Janeiro



Observa-se que, no Estado do Rio de Janeiro, o grau de implantação presumido está distribuído entre dois dos quatro parâmetros estabelecidos nessa pesquisa. A implantação é crítica em 33% dos NDVS e é parcial em 67% deles.

5.2 – Grau observado de implantação do NDVS Metro II

Serão apresentados os resultados obtidos na segunda parte da pesquisa, referente ao NDVS Metro II. Os resultados e discussão foram organizados pelos seguintes tópicos: 1) Caracterização dos entrevistados; 2) Contexto organizacional, analisando os aspectos de infra-estrutura, os internos, a visão dos municípios da região e o apoio institucional e; 3) Descrição do grau de implantação, segundo as dimensões estabelecidas para este estudo.

5.2.1. Caracterização dos entrevistados

As entrevistas foram realizadas com dez técnicos do NDVS Metro II; sete coordenadores de saúde coletiva dos municípios que compõem a região metropolitana II; a coordenadora do Núcleo e; o coordenador da extinta UAT.

Os técnicos entrevistados do NDVS Metro II foram aqui denominados **TN**, seguido de numeração arábica. Portanto, são apresentados de **TN-01** até **TN-10**. São profissionais de nível superior, com formação diversa. Conforme exposto no Quadro 17, há técnicos graduados em assistência social, biologia, enfermagem, engenharia química, medicina e medicina veterinária. Estão distribuídos nas especialidades de saúde pública, engenharia sanitária, entomologia, medicina de saúde pública e enfermagem de saúde pública. A distribuição por sexo é de 7 mulheres e 3 homens.

Quadro 17 – Caracterização dos técnicos entrevistados do NDVS/Metro II, segundo formação, especialidade, função e sexo.

TÉCNICO	FORMAÇÃO	ESPECIALIDADE	FUNÇÃO	SEXO
TN-01	Assistência Social	Saúde Pública	Sanitarista de Educação em Saúde	F
TN-02	Assistência Social	Saúde Pública	Sanitarista de Educação em Saúde	F
TN-03	Biologia	Entomologia	Biólogo Entomólogo	F
TN-04	Biologia	Entomologia	Biólogo Entomólogo	M
TN-05	Enfermagem	Saúde Pública	Enfermeiro de Saúde Pública	F
TN-06	Enfermagem	Saúde Pública	Enfermeiro de Saúde Pública	F
TN-07	Engenharia Química	Engenharia Sanitária	Sanitarista de Epidemiologia	M
TN-08	Medicina	Medicina Preventiva e Social	Médico de Saúde Pública	F
TN-09	Medicina	Medicina Preventiva e Social	Médico de Saúde Pública	F
TN-10	Medicina Veterinária	Saúde Pública	Sanitarista	M

Dois técnicos possuem mestrado e somente um deles possui doutorado. A faixa etária varia de 27 a 65 anos, sendo que a maioria se concentra na faixa de 40 a 50 anos. Todos ingressaram no ano de 2005 e são advindos de concurso público realizado em 2001. Todos possuem mais de um vínculo empregatício, sendo que 9 entre 10 trabalham em outro serviço público. Somente 3 técnicos não possuem transporte próprio.

5.2.2. Contexto Organizacional

Aspectos de Infraestrutura

O NDVS não possui sede própria e está situado no Hospital Estadual Alberto Torres, ocupando o que seria uma enfermaria obstétrica. Como a maternidade não está ativada, todo o setor administrativo do hospital funciona neste local.

“Isso é sede própria?! Não. A gente está aqui no hospital dos outros. Nós estamos numa enfermaria que está sendo adaptada para ser nossa sala. Lógico que não é sede própria.”

Sobre a acessibilidade ao Núcleo, seis entre dez classificaram como razoável. Nota-se, no entanto, uma mistura entre a conveniência pessoal e a prática profissional e fica difícil perceber onde começa uma e termina a outra.

“Bom, para mim ela é fácil porque eu moro perto e tenho carro. Mas, eu acho que para as outras pessoas é difícil”

Não houve unanimidade em relação à adequabilidade da localização do Núcleo. Quatro entre dez classificaram como razoavelmente adequado a sua localização, dois julgaram como pouco adequado e um considerou inadequado. Alguns técnicos consideram sua localização “escondida” e outros julgam que o ideal seria que o Núcleo estivesse na cidade de Niterói.

“A cidade mais importante é Niterói. As referências todas de hospital, Academia, Universidade, tudo é em Niterói. E é de mais fácil acesso também.”

O hospital ocupa uma área próxima à rodovia Amaral Peixoto, mas sua localização é difícil, pois a sinalização é precária.

“Porque esse Núcleo, o hospital aqui, ele é mal localizado [...] Eles podiam ter feito num local mais acessível.”

“Olha, eu acho de difícil acesso. Porque, assim, para mim é péssimo. Aqui não tem ônibus direto da minha casa. Eu tenho que pegar um ônibus e depois uma Kombi. Para os outros, para os municípios eu acho ruim também porque apesar de estar localizado numa grande rodovia, ele não está na boquinha, encostado com a pista. Então esse pedaço aqui, você tem que vim de carro porque não passa ônibus, você tem que pegar Kombi, não é? [...]”

Não há consenso entre os técnicos sobre a adequabilidade do espaço físico. Enquanto dois consideram excelente, dois consideram razoavelmente adequado, dois adequado, três pouco adequado e um julga o espaço inadequado.

“[...] sendo honesta mesmo, eu acho pouco adequado. Porque a gente está dentro de uma enfermaria [...] teria que ser num prédio administrativo mesmo.”

O que foi observado é que todo o espaço físico foi ocupado por móveis e a área de circulação é restrita. A sala possui várias janelas que não podem ser abertas em função da rotina hospitalar e da dificuldade de trancá-las. O setor de marcação de consultas é próximo e a fila dos pacientes estende-se por toda a parede onde elas se encontram. Há três ventiladores de teto, pertencentes ao hospital, mas somente um está

funcionando. Apesar de o NDVS possuir dois condicionadores de ar, eles não estão instalados. O problema está relacionado à impossibilidade de alteração da fachada do hospital, sendo necessária uma adaptação na janela, o que demanda recurso financeiro. Por ser uma enfermaria, há um banheiro que se tornou exclusivo do NDVS. A sala é bem iluminada. Existem dois pontos de água tratada: um no banheiro e outro num lavatório dentro da sala, o que facilita a higiene pessoal e dos utensílios utilizados na pequena copa improvisada.

Perguntados sobre a existência de sala de reunião, oito entre dez técnicos disseram que não. Dois afirmaram que sim. O que é interessante destacar é que ambos ressaltaram que o hospital cede espaço para as reuniões, o que aponta para a questão da apropriação de espaços externos à sala do NDVS, como parte integrante do mesmo.

Por observação direta realizada no local, notou-se que existem várias enfermarias vazias no entorno, inclusive algumas sendo utilizadas pelo centro de estudos. São estas enfermarias que são disponibilizadas para reuniões com os técnicos dos municípios. Existe uma mesa de reunião na sala ocupada pelo Núcleo, que é usada para as reuniões de equipe e acolhimento de visitantes.

Aspectos internos

A coordenação realiza reuniões mensais regulares com a equipe para discussão de temas ligados ao processo de trabalho e a organização interna do grupo. Os membros da equipe procuram participar quase sempre das reuniões. Em alguns momentos das entrevistas, foi observado que os técnicos do Núcleo demonstram admiração pelo coordenador e o consideram como responsável pela união da equipe. Dos dez técnicos entrevistados, seis julgam excelente a relação dele com a equipe e a menor escala atribuída foi bom.

“[...] A gente tem assim, não processo oficiais, mas tem uma coordenadora e tem uma equipe, que tem uma coordenadora que é pedagoga e é uma pedagoga que prima por tentar azeitar essas questões, e uma equipe que respeita ela. Ela tem legitimidade dentro da equipe.”

Essa relação parece ter sido construída progressivamente. Desde o início difícil, quando ocupavam a sala de reunião do NVH do hospital, da qual tinham que se retirar para o corredor toda vez era necessário utilizá-la, contaram com uma coordenação atuante. Uma estruturação mínima de trabalho foi conseguida por empenho do

coordenador. Foi através dele que conseguiram um espaço próprio, no setor de enfermarias da maternidade. Esta sala foi inicialmente mobiliada com mesas, cadeiras e armários antigos, que foram conseguidos por esforço individual do mesmo.

A distribuição de tarefas e o desenvolvimento de atividades, mesmo em um contexto inicialmente desfavorável, proporcionaram o fortalecimento da articulação técnica e do entrosamento dos técnicos. O trabalho de valorização da capacidade técnica e obtenção de pequenas conquistas, acabou por permear uma relação favorável entre a coordenação e a equipe.

Cinco dos entrevistados consideram também como excelente a relação interpessoal com os colegas. De um modo geral, a equipe se considera com boa motivação e adesão ao desenvolvimento das atividades. Somente um técnico considera essa motivação e adesão deficiente. Quatro entre dez classifica o entrosamento da equipe como regular; dois, como bom; dois, como muito bom e dois julgam excelente.

O entrosamento, juntamente com a capacidade técnica individual de alguns, é considerado como um ponto forte da equipe. A heterogeneidade no tocante ao grau de conhecimento técnico, foi colocada como um das fragilidades do grupo.

“Dificulta assim, nem todos terem o conhecimento mais homogêneo. Pelo menos o básico que seria da epidemiologia e tal. Ter uma tática, quer dizer. Um grupo tem e outro não. Então isso para mim dá um desequilíbrio.”

Outro ponto interessante também é a referência ao salário como fator de desestímulo. Para eles, essa deficiência leva a busca de outros vínculos, o que acaba comprometendo a dedicação ao trabalho.

“O ideal é que se ganhasse muito bem e que tivéssemos tempo integral para desenvolver essas ações junto com o Núcleo, não é? Junto com a equipe.”

Somente um dos entrevistados não vê objetivos comuns na equipe. Entre os objetivos comuns estão a visão regional sob o foco da vigilância da saúde e o esforço mútuo para o desenvolvimento das atividades.

Por serem profissionais de diferentes áreas, a escala de trabalho varia conforme a carga horária, o que pode interferir na continuidade do processo de trabalho.

O trabalho realizado pelo Núcleo é considerado como muito relevante para oito dos entrevistados. Quatro entre dez técnicos consideram que as atividades são realizadas

de acordo com as Competências atribuídas ao Núcleo e outros quatro julgam que isso ocorre freqüentemente.

A visão dos municípios

Em entrevista com os coordenadores municipais de saúde coletiva, observou-se que todos os representantes dos sete municípios da região, sabem da existência do Núcleo. Não houve um momento de apresentação formal do NDVS como instância estadual, na região. O primeiro contato se deu, na maioria dos municípios, através das supervisões da PAPVS. Em somente um dos municípios, houve um momento de apresentação da equipe. Em função da rotatividade dos profissionais municipais, o tempo desse conhecimento é variável. Quatro técnicos municipais afirmam saber da existência do Núcleo desde 2005, ano de sua implantação.

A sua localização é conhecida por todos, embora somente cinco dos sete técnicos o tenham visitado. Dos cinco que lá estiveram, três consideram o acesso razoável e dois difícil.

Perguntados sobre o papel do Núcleo na região, citaram o papel de articulador; de integrador; apoio às ações de vigilância em saúde e aproximador. Consideram que, na medida do possível, esse papel está sendo realizado.

“[...] Acho que ele esbarra em várias dificuldades, como pouco apoio da gestão estadual. Mas eu acho que sim. Acho que os municípios ainda não vêem o Núcleo como o parceiro que ele é. Justamente é porque o Núcleo não tem apoio, e aí, você acaba não tendo condições de mostrar para o município o que você quer, para que você veio.”

O trabalho realizado pelo Núcleo é visto como muito relevante para quatro dos técnicos entrevistados. O relacionamento do Núcleo com os técnicos municipais é considerado bom para cinco dos sete técnicos. Não houve consenso em relação ao apoio técnico dado pelo Núcleo para o desenvolvimento de ações em VS. Três técnicos consideram regular, enquanto os outros se dividiram entre excelente, muito bom, bom e deficiente. A maioria considera que o relacionamento irá melhorar, na medida em que o contato for mais freqüente.

“Se a gente passar a ter uma relação sistemática e aí abraçando situações que envolvem até as questões das pactuações, eu acho que a tendência é de se tornar, muito boa a excelente. Agora, se a gente

permanecer se vendo apenas em ocasião da supervisão, eu acho que vai ficar na boa. Porque fica difícil, entendeu? Se aprofundar, reforçar esses laços, progredirem para relações mais fortes”

No que se refere às capacitações oferecidas pelo Núcleo aos técnicos municipais, seis dos sete entrevistados afirmaram que o município já recebeu algum tipo de capacitação. Os técnicos consideram que o Núcleo é muito importante para a promoção da estruturação da VS regional.

Todos são unânimes em afirmar que a iniciativa do Estado em criar os NDVS foi muito positiva. Julgam que a presença de um núcleo regional de vigilância da saúde favorece a integração dos municípios; a descentralização das ações; a articulação intermunicipal e; permite maior aproximação com o Estado.

“Achei ótimo. Achei sempre o Estado muito longe, muito distante. Acho que é uma forma de você aproximar os municípios. Porque fazer uma reunião com 92 é muito diferente de você fazer um reunião com sete, oito. Claro. A gente consegue falar mais, consegue colocar os problemas. E vocês serviram de interlocução com o Estado. Porque acho que o Estado fica muito distante.”

Perguntados sobre algum ponto negativo dessa iniciativa, três coordenadores municipais responderam que não vêem pontos desfavoráveis. Outro representante municipal relatou que considera a estrutura do Núcleo ainda muito frágil. Dois dos entrevistados pontuaram que ainda há um distanciamento entre município e NDVS e, um dos entrevistados apontou a desatualização da informação como um ponto negativo.

Finalmente, como mudança que possa ser atribuída ao Núcleo, três técnicos consideram que ainda é cedo para tal. Embora todos considerem muito recente a implantação do mesmo, dois entrevistados atribuem a ele uma aproximação maior entre os municípios da região, disponibilizando espaços de discussão e interação. Um técnico relatou também que, desde a implantação do Núcleo, o processo de supervisão vem se dando de uma forma mais tranqüila.

“Esse ano foi um ponto mais tranqüilo, eu acho mais produtivo. Cada área pôde expressar suas dificuldades, suas preocupações, as suas facilidades. Cada técnico teve voz. O Núcleo, todos os técnicos ouviram e [...] Enfim, e também tiveram oportunidade de falar também a sua visão daquilo. Acho que foi um crescimento muito grande. Foi interessante esse ano. Os processos de supervisão eram em volta de uma

mesa lá no Estado, eu me lembro. A gente sentava, tinha técnico da FUNASA, tinha algumas assessorias de Estado. Aí ficava todo mundo ali em cima do papel. Muito distante, não poderia levar meus técnicos para lá, Era um mundo de gente!”

As dificuldades de comunicação entre a SESDEC e os municípios, principalmente os que se encontram geograficamente mais afastados, colocam o Núcleo como importante instância estadual na região. A implantação do Núcleo permitiu a criação de um canal de comunicação através do qual foi possível estabelecer uma relação mais próxima com as secretarias de saúde e outras instâncias municipais, favorecendo o papel do Estado como articulador, supervisor e coordenador das ações de vigilância da saúde.

Apoio Institucional

Não há consenso entre os técnicos sobre o apoio institucional dado ao Núcleo para o desenvolvimento de suas atividades. Três o considera deficiente; dois, regular; dois, bom e dois julgam muito bom.

“Porque eu acho que, na medida do possível. Pelo menos eles tentam correr atrás, mas tem muitas dificuldades institucionais. Por exemplo, às vezes eles querem dar o curso e não tem a verba. Muito problema com essa coisa de verba. Aí não sai o curso. Mas, eu sei que quem está na gerência sofre muito com isso também.”

Esta diversidade de opinião parece estar relacionada à visão que cada um possui em relação ao apoio dado. Um importante fator que parece contribuir para qualificar o apoio como deficiente é a instabilidade do financiamento das ações. As dificuldades na liberação de verbas acabam levando à uma descontinuidade das ações programadas e ao enfraquecimento das relações institucionais com os Núcleos.

“Porque você trabalha, às vezes você tem outras coisas importantes para fazer, você deixa de fazer para ir a uma pactuação, a uma supervisão, mas o Estado não dá um subsídio, não tem nada que obrigue o município a cumprir aquela pactuação.”

Outro ponto importante nas falas dos técnicos foi a dificuldade de implementar determinadas ações por carência de mecanismos legais de suporte para as mesmas. Tal

deficiência acaba por reduzir o comprometimento com a realização de algumas atividades visto que os técnicos julgam que somente seus esforços são pouco eficazes para modificar determinadas situações.

“A instituição, praticamente o mesmo problema que nós temos aqui eles tem lá, não é. É problema de... de remuneração, dificuldade de viatura, acho que não tem sido mau não. Não tem dado tempo para dar o apoio que a gente precisa não.”

A insatisfação em relação ao apoio institucional está muito mais relacionada às questões político-administrativas do que humanas. Os técnicos do Núcleo, de um modo geral, reconhecem que a falta de apoio é mediada por questões que fogem da governabilidade dos técnicos do nível central. O reconhecimento dessas dificuldades também colaborou para a que alguns técnicos considerassem positivo esse apoio, reafirmando a divergência de opiniões.

5.2.3. Descrição do grau de implantação

Para a descrição do grau de implantação, optou-se por descrever os resultados organizados por dimensão, segundo os componentes estruturais: insumo e atividade. Ao final de cada dimensão, será apresentado consolidado de pontuação por subdimensão e seu respectivo grau de implantação.

Dimensão Técnica

Serão apresentadas nos Quadros 18 e 19 abaixo as matrizes de julgamento com as pontuações obtidas por cada indicador, segundo os componentes estruturais: insumo e atividade.

Os indicadores estão distribuídos conforme as subdimensões elegidas para essa dimensão: integralidade; articulação técnica e; adesão. Constam dos Quadros as pontuações esperadas e as observadas para cada indicador. O grau de implantação foi atribuído conforme os parâmetros adotados para sua classificação.

Quadro 18 – Matriz de julgamento da dimensão Técnica segundo componente insumo

Dimensão	Subdimensão	Indicador/critério	PE	PO	
TÉCNICA	Integralidade Σ= 90 pontos	Existência de recursos materiais suficientes para realização das atividades	30	30	
		Existência de recursos humanos suficientes para o desenvolvimento das atividades	30	30	
		Existência de RH treinados para o desenvolvimento das atividades	30	0	
	Articulação técnica Σ= 60 pontos	Existência de planilhas de pactuação disponibilizadas oportunamente	12	0	
		Nº de planilhas de metas pactuadas	12	12	
		Existência de dados gerados pelas assessorias p/ a pactuação	12	7	
		Existência de dados gerados pelas assessorias p/ a supervisão	12	7	
		Existência de protocolos, manuais técnicos e recomendações para a realização das atividades	12	12	
	Adesão aceitabilidade + nível de conhecimento Σ= 100 pontos	Disponibilidade dos planos e programações municipais	30	30	
		Acesso às informações oriundas de sistema de informações oficial	35	0	
		Existência de material educativo para o desenvolvimento das atividades	35	35	
	TOTAL GERAL			250	163
	GRAU DE IMPLANTAÇÃO			Parcialmente implantado	65%

Quadro 19 – Matriz de análise e julgamento da dimensão Técnica segundo componente Atividade

Dimensão	Subdimensão	Indicador/critério	PE	PO
TÉCNICA	Integralidade Σ= 90 pontos	Existência de discussões integradas para as pactuações, entre os municípios da região	40	0
		Realização de monitoramento e avaliação da PAP/VS	50	25
	Articulação técnica Σ= 60 pontos	Proporção de técnicos treinados participantes da pactuação	15	0
		Nº supervisões realizadas por ano	15	15
		Proporção de técnicos que realizam a supervisão	15	15
		Protocolos, manuais e recomendações adaptados para as atividades	15	15
	Adesão aceitabilidade + nível de conhecimento Σ= 100 pontos	Proporção de técnicos treinados p/ pactuação	10	0
		Proporção de técnicos treinados p/supervisão	10	0
		Proporção de técnicos treinados para M&A da PAP/VS	10	0
		Proporção de técnicos treinados p/análise da sit. de saúde regional	10	0
		Proporção de técnicos treinados p/avaliação dos planos e progam.	10	0
		Capacitações realizadas pelo NDVS em temas relacionados à VS	10	10
		Realização de análises da situação de saúde	10	10
		Proporção relatórios solicitados pela SESDEC elaborados	10	10
		Nº de planos e programações municipais avaliados	10	0
		Elaboração de boletins/informativos	10	10
TOTAL GERAL			250	110
GRAU DE IMPLANTAÇÃO			Crítico	44%

a) Integralidade

Para o componente estrutural insumo foram avaliadas: a existência de recursos materiais e de recursos humanos suficientes, bem como a existência de RH treinados. A pontuação observada foi 60, o que corresponde a 67% de implantação. Portanto, classifica-se como parcialmente implantado.

Os recursos materiais são considerados suficientes. A maioria, seis entre dez, julgam que eles são suficientes. No entanto, nove deles citaram o carro como um

recurso importante que o Núcleo não possui. Alguns técnicos citaram também como deficiência o recurso financeiro e alguns materiais, tais como *laptop*, *pen-drive*, copiadora e alguns materiais utilizados nas capacitações. Interessante notar a inclusão do recurso financeiro como ferramenta de instrumentalização para o desenvolvimento das atividades.

“Por exemplo, essa questão financeira, porque o Núcleo está dentro do planejamento, ele tem uma verba específica para o desenvolvimento das atividades. Eu acho que a gente é muito prejudicado por conta de não aplicação em geral. Não estou falando do insumo. Porque agente planeja de acordo com eles. Mas, eu estou falando do nosso trabalho em geral [...].”

Não houve consenso em relação à quantidade e a existência dos recursos materiais. Somente quatro itens, de uma lista de vinte, obtiveram unanimidade em relação ao quantitativo. As maiores disparidades foram em relação à mesa, cadeira e ar condicionado. Somente dois técnicos indicaram o número exato de mesas e quatro, o de cadeiras. Provavelmente, a configuração em que o mobiliário está disposto prejudicou a percepção dos técnicos. Ambos estão muito próximos e distribuídos difusamente pela sala em função do espaço restrito. Outro fato interessante é que três entre dez técnicos citaram que o ar está em uso. Em relação ao ar condicionado, provavelmente esta discordância se deve ao fato do mesmo ser um recurso que por não estar sendo utilizado é guardado em local onde os técnicos não circulam. Isso ocorre também com outros recursos que ficam guardados em determinados locais, como forma de otimização da utilização do espaço físico, e também por questões de segurança.

“Chegou ou não chegou? Não me lembro, não está em uso. Eu fico confusa, [...] Com a dificuldade das coisas que vêm da Secretaria Estadual do Nível Central, de você arrumar espaço para colocar, eu fico sem clareza para saber o que, efetivamente, chegou à gente, o que está eventualmente no almoxarifado e o que não veio ainda, o que foi prometido mas não veio, entende? Essa, digamos assim, você ser senhor das coisas, que não é seu, é do público.”

Destaca-se que alguns recursos foram obtidos através de cotização dos próprios funcionários, inclusive dos administrativos.

“Porque a gente já teve em situação de fazer curso, capacitação, não sei o quê e novamente, com tudo que a gente tem lá mas a gente está sempre botando alguma coisa, material de consumo: papel, tinta, canetinha, isso é fundamental para trabalhar.”

Quanto aos recursos humanos, o coordenador considera o número de profissionais existentes suficiente para o desenvolvimento das atividades.

Para o componente estrutural atividade foram avaliados: existência de discussões integradas para as pactuações entre os municípios da região e realização de M&A da PAP/VS. A pontuação observada foi 25 pontos, o que corresponde a 28% de implantação. Portanto, para este componente, a implantação é crítica.

Não ocorrem discussões integradas para as pactuações. Este fato foi relatado por sete dos dez técnicos entrevistados. Quanto ao monitoramento e avaliação da PAPVS, não houve consenso entre os técnicos. Quatro julgam que é realizado ambas as coisas e quatro consideram que realizam somente monitoramento para este indicador. Um citou que é realizado avaliação, enquanto outro relatou que não é realizado M&A. Essa aparente divergência entre os técnicos pode ser explicada pela provável dificuldade de definição do que é monitoramento e do que é avaliação.

“Agora, por a gente estar no nível regional, necessariamente o nosso olhar seria outro se a gente tivesse assim, sei lá, separar quatro, seis horas num grupo de trabalho só de avaliação dos dados, de registro. Então, avaliação existe, com o nome que é avaliação. Mas, eu discuto esse modelo. Queria marcar aí. Discuto não, critico.”

“É tão complicado porque assim, a PAP a gente pactuo, engavetou. Agora a gente foi na supervisão e cobrou metade dela, que é de janeiro a junho. Então a gente não avaliou. No máximo, com boa vontade eu digo que monitorou. Com muito boa vontade. Pro forma”.

Pelas falas acima se pode observar que há uma necessidade de instituir formalmente o M&A no processo de trabalho, tanto no que se refere à PAPVS, quanto em outras atividades. A supervisão, definida institucionalmente como momento de avaliação das ações pactuadas, tem o seu papel questionado por grande parte dos técnicos.

b) Articulação Técnica

Para o componente estrutural insumo, foram avaliados: a existência de planilhas de pactuação disponibilizadas oportunamente; nº de planilhas de metas pactuadas; existência de dados gerados pelas assessorias para pactuação e supervisão da PAP e; existência de protocolos, manuais técnicos e recomendações. A pontuação observada foi 38 pontos, o que corresponde a 63% de implantação. Portanto, classifica-se como parcialmente implantado.

Sete entre dez técnicos afirmaram que não há disponibilização oportuna das planilhas.

Oito entre dez técnicos declararam que os dados gerados pelas assessorias não são disponibilizados totalmente.

“É uma das propostas do Núcleo a gente sentar para discutir as ações, para a gente levantar as metas de acordo com a realidade da nossa região, mandar isso para o ministério. O que acontece não é isso. Vem as metas fechadas do Ministério, não acontece a discussão. Esse ano a gente queria fazer isso. Estava no nosso planejamento mas, o Ministério mandou a planilha em cima da hora, para ontem. Não deu tempo de organizar.”

Oito afirmaram haver protocolos, manuais técnicos e recomendações. Afirmaram também que há protocolos apenas para algumas atividades, tais como o instrumento utilizado na supervisão da PAPVS.

Para o componente estrutural atividade foram avaliados: a proporção de técnicos treinados que participam da pactuação; nº de supervisões realizadas por ano; proporção de técnicos participantes da supervisão e a adaptação dos protocolos. A pontuação observada foi 45 pontos, o que corresponde a 75% de implantação. Portanto, classifica-se como implantado.

Segundo os técnicos, o NDVS realiza uma supervisão por município por ano e todos participam. Todos os técnicos entrevistados afirmaram que não ocorreu capacitação para essa atividade.

c) Adesão

Para o componente estrutural insumo, foram avaliados: a disponibilidade dos planos e programações municipais; acesso às informações oriundas de sistema de informação oficial e; existência de material educativo para o desenvolvimento das atividades. A pontuação observada foi 65 pontos, o que corresponde a 65% de implantação. Portanto, classifica-se como parcialmente implantado.

O Núcleo não possui acesso direto aos sistemas de informação oficiais, tais como o SINAN, SIM e SINASC. Esses dados são coletados através do DATASUS, com defasagem de tempo, o que compromete a atualização dos dados. Alguns dados são fornecidos pelas assessorias para os momentos de pactuação e supervisão, mas acontecem algumas disparidades entre assessoria e dados do município. Oito entre dez técnicos afirmaram que esses dados são disponibilizados parcialmente. A questão da informação é considerada por muitos como fator importante para o desenvolvimento das atividades.

“A gente não toca em relatório de sistemas de informação, é uma coisa horrorosa. No meu entendimento a gente tinha que estar rodando SINAN, SIM, tudo lá. É descentralizado, não é? Mas, não.”

Apesar de oito técnicos afirmarem que o Núcleo possui material educativo para o desenvolvimento das atividades, cinco deles não atribuem essa disponibilidade à instituição. Os técnicos relataram que os materiais educativos utilizados são elaborados pela própria equipe ou fornecidos de coleções particulares de cada um. Afirmaram que a instituição contribui muito pouco com esses materiais.

“A gente corre atrás, não é. Assim, às vezes não tem. Aí vai lá, “pega essa fita não sei aonde” A gente corre atrás. A gente busca sempre ter, não é? Mesmo que a gente não tenha.”

Para o componente estrutural atividade, foram avaliados: a proporção de técnicos treinados para pactuação, supervisão, M&A da PAP/VS, análise da situação de saúde regional, avaliação dos planos e programações municipais; capacitações realizadas pelo Núcleo em temas relacionados à VS; realização de análises da situação de saúde; elaboração de relatórios solicitados pela SESDEC; planos e programações avaliados e; elaboração de boletins informativos. A pontuação observada foi 40 pontos, o que corresponde a 40% de implantação. Portanto, para este componente, a implantação é crítica.

Este resultado deve-se principalmente aos indicadores relacionados aos treinamentos dados aos técnicos. Tanto o coordenador quanto os técnicos, julgam deficiente o número de capacitações oferecidas aos técnicos. Somente dois entrevistados afirmaram ter recebido capacitação. O que a grande maioria dos técnicos afirmaram que não houve uma capacitação formal e pontual. Relataram que durante a realização das atividades foram adquirindo a experiência para a operacionalização das mesmas. Sete técnicos se referiram ao Curso Básico de Vigilância da Saúde (CBVS) como único momento em que toda a equipe recebeu capacitação e salientaram que o curso forneceu uma base geral para o desenvolvimento das atividades, sem foco específico. Os técnicos também relataram que promovem capacitações internas onde o grupo discute os diversos pontos relacionados à determinadas atividades.

“Olha, a gente teve uma capacitação, mas, foi de vigilância da saúde, que abriu um pouco a cabeça da gente com relação a isso, ao modelo assistencial, de uma forma mais integral. Mas, voltado para a realidade do município, enfim mais operacionalmente, assim do que a gente realmente trabalha, nunca foi falado.”

“Eu acho que a gente se capacitou ao longo do tempo. A gente vai discutindo, não é? Assim, eu acho que assim, a gente vem pensando nisso, discutindo essas questões. Não que tenha havido uma capacitação em relação a região.”

Os técnicos relataram que, na busca por espaços de capacitação, criaram o “Clube de Revista”. Pela análise do planejamento anual e dos relatórios de atividades, pode-se notar que ele está institucionalizado como um espaço de educação permanente, sendo ministrado pelos próprios técnicos. Já foram abordados temas como: tabagismo, inquérito epidemiológico, bases epidemiológicas das doenças transmissíveis, controle social, animais peçonhentos, papéis profissionais de uma equipe de saúde e, discussão das competências dos NDVS.

“Foi uma, mas eu volto a dizer, para fazer análise de situação, uma hora, uma leitura de um texto não é o suficiente. Mas assim, chamando de capacitação é o que vem do Nível Central. Mas volto a marcar: a equipe busca espaços de discussão, de capacitação interna visando isso.”

Ocorrem também algumas capacitações, congressos e palestras onde técnicos das áreas afins são convidados a participarem. Para sete dos dez entrevistados, são raros os treinamentos oferecidos. Oito técnicos julgam muito relevante a existência dos mesmos e sete julgam muito importante para o entrosamento da equipe. De um modo geral sentem carência de espaços de capacitação individual e em grupo, o que levaria a uma redução da heterogeneidade da equipe e um aprimoramento do processo de trabalho.

Tanto o coordenador quanto os técnicos, foram unânimes em afirmar que realizam capacitações e encontros em temas relacionados à VS. A análise documental confirma tal informação. Quanto à análise da situação de saúde, foi uma das primeiras atividades requisitadas pelo nível central, antiga UAT. Nove dos entrevistados confirmaram sua realização. O coordenador do Núcleo e o antigo coordenador da UAT, bem como os registros de atividades, confirmam isso.

Em relação aos relatórios requeridos pela SESDEC, oito entre dez técnicos relataram que todos são realizados. O mesmo foi declarado pelo coordenador. Não há registro, nos documentos analisados, do número de relatórios solicitados. O coordenador da UAT, também afirmou em sua entrevista que o NDVS Metro II enviou todos eles. Analisando os documentos, verificou-se que há elaboração periódica dos relatórios de atividades. Esta periodicidade é trimestral. Outros relatórios são efetuados conforme a demanda, tais como: relatórios de supervisões; relatórios de oficinas e; relatórios de encontros.

O coordenador e seis técnicos consideram que os planos e programações municipais não são avaliados. Não há registro de avaliação dos planos nos documentos analisados.

A elaboração de boletins/informativos foi confirmada pelo coordenador e por todos os técnicos da equipe. Esta informação consta do relatório de atividades.

No Quadro 20 referente ao grau de implantação da dimensão técnica, poderá ser observado para cada indicador a pontuação esperada, a pontuação obtida e o grau de implantação por subdimensão. As pontuações foram obtidas a partir das matrizes de julgamento.

O detalhamento do grau de implantação por subdimensão e componente permite verificar de forma visual os pontos fortes e fracos da implantação.

Quadro 20 – Grau de implantação para a Dimensão Técnica

DIMENSAO TÉCNICA							GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	PE	PO	%	PE	PO		%
INTEGRALIDADE	Insumo	90	60	67	180	85	47	Crítico
	Atividade	90	25	28				
ARTICULAÇÃO TÉCNICA	Insumo	60	38	63	120	83	69	Parcialmente implantado
	Atividade	60	45	75				
ADESÃO	Insumo	100	65	65	200	105	52	Parcialmente implantado
	Atividade	100	40	40				
SOMATÓRIO DOS COMPONENTES					500	273	55	
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente implantado							

PE=pontuação esperada; PO=pontuação observada
 Fonte: Adaptado de Okamura, 2006

A dimensão técnica obteve um grau parcial de implantação. As maiores fragilidades encontram-se na subdimensão de integralidade. As atividades consideradas foram aquelas relacionadas à PAP/VS. Destaca-se que, entre as atividades listadas pelos técnicos, as de consenso são a pactuação e supervisão da PAP/VS. O que se observa é que as mesmas são enumeradas por muitos como as principais atividades realizadas pelo Núcleo, apesar de não as considerarem as mais importantes.

“Tem sido uma crise de identidade. Entre o que se quer e o que nos é cobrado, que nós temos. E o que nós podemos, e o que nós promovemos. Então, o que se quer, o carro chefe, parece, que essa questão da PAP.”

O pacto é visto como um dispositivo formal e não como um instrumento norteador da prática de trabalho. Os processos relacionados à pactuação dos indicadores da vigilância da saúde estão incorporados como uma das principais competências. O livro de registro das atividades e os relatórios, apontam para a priorização do pacto. Durante o primeiro trimestre do ano a equipe tem como principal atividade as ações relacionadas com a pactuação. Já a supervisão ocupa boa parte do terceiro trimestre.

“Olha, a gente faz a supervisão da PAP, que eu acho que é a atividade principal. E isso é uma coisa muito grande. Não é só visita ao município, mas a gente presta assessoria também por conta disso. A gente planeja capacitação também, por conta disso.”

Apesar de tal importância, a inexistência de discussões para as pactuações e a não sistematização de M&A dos indicadores do pacto, contribuem para uma pactuação e supervisão realizadas de forma a satisfazer uma demanda institucional.

“Bem da verdade, por exemplo, a gente faz um acompanhamento, a gente deveria dar uma seqüência e fazer um monitoramento.”

O discurso abaixo reflete o pensamento de muitos técnicos com relação as competências relacionadas a PAP/VS:

“Sei lá, eu penso que essas supervisões, elas são, são assim muito, sei lá muito rápidas. A coisa é muito atropelada. Tanto para a gente que vai lá, quanto para eles que estão lá também. Não sei até que ponto, ainda não deu para entender. É muito número, é muita coisa jogada. Não sei até que ponto corresponde às ações realmente. Isso é muita coisa só jogada ali. Entendeu? O que está acontecendo realmente? Ali reúne meia dúzia, te coloca e aí? Você não tem observação nenhuma do que está acontecendo. Isso que tinha que ter um trabalho com mais profundidade, não é?”

A subdimensão de articulação técnica foi a que obteve os maiores escores. Os insumos e atividades relacionadas a PAP/VS obtiveram pontuações satisfatórias. Tal fato está ligado a obrigatoriedade da pactuação e supervisão, fazendo com que haja uma mobilização técnica no sentido de operacionalizar tais eventos. Vale ressaltar que para que tais eventos ocorram, é necessário uma boa articulação técnica por parte da equipe, inclusive com a participação de todos.

A subdimensão de adesão, apesar de atingir um grau parcial de implantação, obteve em seus escores do componente atividade, um grau crítico. Como dito anteriormente, os indicadores relacionados a treinamentos contribuíram muito para isso.

A deficiência de conhecimento faz com que o técnico se distancie das ações, provavelmente por não se julgar capacitado para elas.

“Então, tem que ter um nível de conhecimento, um conhecimento técnico para fazer a atividade que se quer que a gente faça. A gente não vê isso. Então, isso pode desestimular as pessoas. Então tem pessoas que não se adequam e não se engajam em processo de trabalho. Então, o conhecimento não homogêneo dificulta, assim, a adesão ao processo de trabalho do Núcleo. A falta de comprometimento eventual. De não ter aquela responsabilidade.”

Sete entre dez técnicos afirmaram que os treinamentos são muito importantes para o entrosamento da equipe e oito os consideraram muito relevantes.

“Porque homogeneíza um pouco assim o conhecimento técnico, das atividades mesmo. Porque às vezes ‘ah, você tem mais habilidade com

isso, Você tem mais habilidade com aquilo’. Mas, é habilidade por conta de um conhecimento ‘antes NDVS’, não é? Por conta da experiência profissional nossa. Ao passo que se tiver mesmo treinamento para aquela ação. Todo mundo vai ser treinado, todo mundo vai estar capacitado.”.

No que diz respeito ao número de treinamentos oferecidos, tanto o coordenador quanto cinco técnicos, consideram deficiente a oferta e três, regular.

“Eu acho deficiente. Até pela falta de conhecimento que eu tenho de algumas áreas. Então eu me sinto assim meio perdida. Eu sinto assim necessidade de ter esse conhecimento de coisas que a gente usa mais, não é? A supervisão e tudo”

Dimensão Gestão e Financiamento

Serão apresentadas nos Quadros 21 e 22 as matrizes de julgamento com as pontuações obtidas por cada indicador, segundo os componentes estruturais: insumo e atividade.

Quadro 21 – Matriz de análise e julgamento da dimensão gestão e Financiamento segundo componente Insumo

Dimensão	Subdimensão		Indicador/critério	PE	PO
GESTÃO E FINANCIAMENTO	Administrativa Σ= 150 pontos	Config. do organograma	Existência de organograma oficializado	75	0
		Integr/artic com outras instâncias	Existência de recursos materiais adequados para o desenvolvimento das atividades	75	75
	Financeira (destinação e fluxo de recursos) Σ= 100 pontos		Existência de recursos destinado para a estruturação do NDVS	50	50
			Existência de recurso destinado para o desenvolvimento de suas atividades	50	0
	TOTAL GERAL				250
GRAU DE IMPLANTAÇÃO			Parcialmente implantado	50%	

PE=pontuação esperada; PO=pontuação observada

Quadro 22 – Matriz de análise e julgamento da dimensão gestão e Financiamento segundo componente Atividade

Dimensão	Subdimensão		Indicador/critério	PE	PO
GESTÃO E FINANCIAMENTO	Administrativa Σ= 150 pontos	Config. do organograma	Existência de organograma implantado	75	75
		Integr/articul. com outras instâncias	Realização de interlocução entre municípios e o nível central da SESDEC	15	15
			Realização de planej. e programação da VS em conjunto com município	15	0
			Realização de ações p/ promoção da estruturação da VS regional	15	15
			Participação em fóruns técnicos	15	15
			Inserção do controle social no planejamento das atividades	15	15
	Financeira (destinação e fluxo de recursos) Σ= 100 pontos	Existência de fluxo de recursos	50	0	
	Existência de monitoramento do fluxo de recursos	50	0		
TOTAL GERAL				250	135
GRAU DE IMPLANTAÇÃO			Parcialmente implantado	54%	

PE=pontuação esperada; PO=pontuação observada

a) Subdimensão administrativa

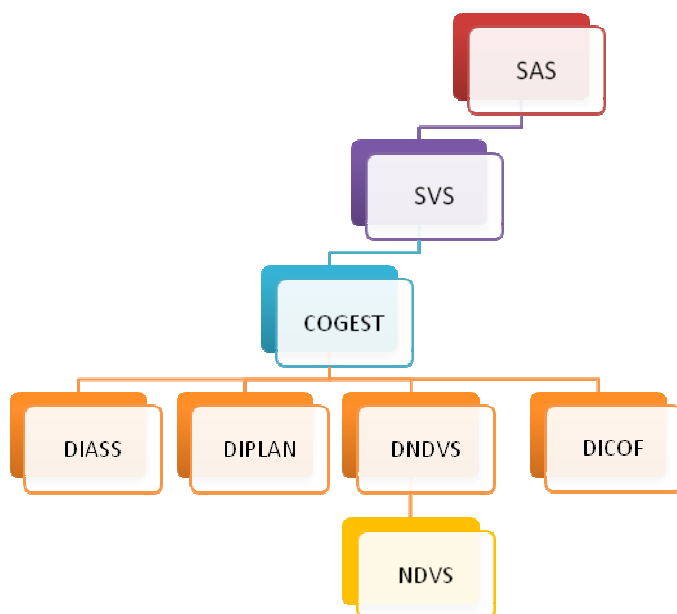
Para o componente estrutural insumo foram avaliados: a existência de organograma oficializado e; existência de recursos materiais adequados. A pontuação observada foi 75 pontos, o que corresponde a 50% de implantação. Portanto, classifica-se como parcialmente implantado.

Observa-se que no tocante a existência de organograma oficializado, não houve pontuação. Até o momento de realização desse estudo, a atual configuração não havia sido publicada em diário oficial. Há uma divisão administrativa que está dissociada do organograma. As informações obtidas sobre o mesmo se deram através de conversas informais com o coordenador do Núcleo e, formalmente através de entrevista realizada com o então coordenador da UAT e atual coordenador do COGEST.

Na época da implantação dos NDVS, os mesmos estavam subordinados a Unidade de Apoio Técnico (UAT). Esta, por sua vez, estava inserida dentro do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da então SES/RJ. Atualmente, a configuração que se apresenta é um pouco distinta (Fluxo 2). Os NDVS estão subordinados à Divisão de Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde (DNDVS) que, juntamente com a Divisão de Informação e Análise da Situação de Saúde (DIASS); Divisão de Planejamento e Programação (DIPLAN) e; a Divisão de Controle Orçamentário e Financeiro (DICOF); estão ligados à Coordenação de Gestão em Saúde (COGEST). Esta instância está inserida na Superintendência de Vigilância da Saúde (SVS), da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) da SESDEC/RJ. Ressalta-se que, por ser extra-

oficial, esta configuração pode ser alterada a qualquer momento. O fluxo abaixo foi desenvolvido no intuito de facilitar o entendimento do que foi descrito.

Fluxo 2 – Recorte do organograma da SESDEC-RJ



O fato é que, a ausência de um organograma oficializado permite momentos de flutuação organizacional, na medida em que podem propiciar dúvidas quanto ao gerenciamento, dificuldades no fluxo de informação e oscilação na hierarquia do programa.

Quanto aos recursos materiais, nove técnicos consideram que eles são adequados para o desenvolvimento das atividades. Essa opinião é partilhada pelo coordenador. Três deles porém, ressaltaram que essa adequação se dá pela organização das atividades em função do material disponível.

Para o componente estrutural atividade foram avaliados: a existência de organograma implantado; interlocução entre municípios e nível central da SESDEC; realização do planejamento e programação da VS em conjunto com os municípios; realização de ações para promoção da estruturação da VS regional; participação em fóruns técnicos e; inserção do controle social no planejamento das atividades. A pontuação observada foi 135 pontos, o que corresponde a 90% de implantação. Portanto, classifica-se como implantado.

O organograma, apesar de não estar oficializado, pode ser considerado implantado. Operacionalmente o NDVS segue a configuração mais recente do organograma. Este fato foi verificado pelas observações realizadas no Núcleo e pelas falas do então coordenador da UAT.

Nove dos dez técnicos afirmaram que o Núcleo promove a interlocução entre o município e o nível central. O planejamento das atividades é realizado anualmente e de forma individualizada. O mesmo não é realizado conjuntamente com os municípios da região ou com os outros Núcleos do Estado. Tanto o coordenador quanto oito técnicos julgam que isso não acontece. Percebe-se pela fala de alguns técnicos o desejo de realização desse planejamento.

“Houve uma apresentação desses planejamentos numa oficina de planejamento, no ano passado, mas foi expositivo. Foi um momento em que os núcleos expuseram os seus planejamentos para 2007 para cada assessoria. Mas não integrando os núcleos. Eles não agem de forma articulada.”

Esta mesma relação se dá com a realização de ações para promoção da estruturação da VS regional. A participação em fóruns técnicos e a inserção do controle social também foram indicadores que obtiveram respostas afirmativas pela grande maioria da equipe. Tal fato foi confirmado mediante a análise dos relatórios de atividades e do planejamento anual do Núcleo.

O controle social está inserido no planejamento das atividades, porém, alguns técnicos consideram ainda incipiente a participação social, apesar dos esforços do grupo para que isso ocorra.

“Teoricamente, sim. Eu os vejo serem convidados, mas o que tinha sido planejado, que era eles estarem juntos na supervisão, não foram.”

Os técnicos buscam sempre a aproximação com os membros dos conselhos de saúde e a inserção dos mesmos nas ações relacionadas à vigilância da saúde. No entanto, essa participação é voluntária e por vezes fica abaixo do esperado pela equipe.

b) Subdimensão Gestão e Financiamento

Para o componente estrutural insumo foram avaliados: a existência de recursos destinados para a estruturação do núcleo e para o desenvolvimento de atividades. A pontuação observada foi 50 pontos, o que corresponde a 50% de implantação. Portanto, classifica-se como parcialmente implantado.

Os técnicos tiveram dificuldades em responder questões relacionadas aos recursos financeiros. O que se percebeu foi um desconhecimento dos trâmites para a utilização dos recursos. Para três deles, há uma noção teórica de que existam recursos para a estruturação do Núcleo. Quatro entre dez, não souberam opinar sobre isso.

“Não sei. É horrível isso, eu ouço dizer, eu sei que tem um projeto ministerial, que a verba cai em separadinho lá [...]. Eu não tenho clareza, acho que não existe transparência, claramente, eu digo isso tranqüilamente, não tem transparência e não tem mesmo, não tem nada na página, está entendendo? Não tem relatório, não tem acesso a relatório de gestão estadual, cada relatório de gestão é um parto para ter, entendeu? Teto Financeiro. Não sei mesmo, é horrível isso.”

Alguns técnicos afirmam saber da existência do recurso de forma teórica pois entendem que para que uma intervenção seja implantada, é necessário que exista uma fonte de financiamento.

“Sim. Teve o PLANVIGI, o PLANVIGI II. Eu não sei, não vou ousar em dizer como que isso foi usado, se foi bem usado. Mas teve. Que chegou ao Estado chegou.”

No tocante a existência de recursos para o desenvolvimento das atividades, nove afirmaram não existir. A grande maioria considera muito importante que o Núcleo disponha desses recursos para o desenvolvimento de suas atividades, propiciando autonomia técnica. Sua disponibilidade foi considerada deficiente para cinco dos dez entrevistados. Essa deficiência limita o desenvolvimento das atividades e, por vezes, os técnicos lançam mão dos próprios recursos.

“Sai do nosso bolso, não é? A gente que se cotiza. Quer dizer, lógico, alguns materiais de papelaria e tudo, o Estado tem nos dado.”

Para o componente estrutural atividade foram avaliados: a existência do fluxo de recursos e existência de monitoramento desse fluxo. Não houve pontuação para este componente. Portanto, o grau de implantação é considerado crítico.

Sete técnicos relataram que não há fluxo de recursos para o Núcleo. Os outros três não souberam informar. É importante registrar que, dois técnicos ressaltaram que haverá esse fluxo. Isso se deve a perspectiva de recebimento de um pronto pagamento, surgida durante o período de realização das entrevistas.

“Agora sim. Antes não existia. Porque agora a gente vai receber, não é. Antigamente não tinha.”

Não há concordância sobre o monitoramento e gerência desse pronto pagamento. Um considera que será monitorado pela equipe e gerenciado pelo coordenador e o outro julga que o monitoramento e gerenciamento ficará a cargo de um auxiliar administrativo.

No Quadro 23, referente ao grau de implantação da dimensão Gestão e Financiamento, poderão ser observados as pontuações esperadas, as pontuações obtidas e o grau de implantação por subdimensão. As pontuações foram obtidas a partir das matrizes de julgamento.

Quadro 23 – Grau de implantação para a Dimensão Gestão e Financiamento

DIMENSAO GESTÃO E FINANCIAMENTO							GRAU DE IMPLANTAÇÃO
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	PE	PO	%	PE	PO	%
ADMINISTRATIVA	Insumo	150	75	50	300	210	70
	Atividade	150	135	90			
FINANCIAMENTO	Insumo	100	50	50	200	50	25
	Atividade	100	0	0			
SOMATÓRIO DOS COMPONENTES					500	260	52
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente implantado						

PE=pontuação esperada; PO=pontuação esperada
 Fonte: Adaptado de Okamura., 2006

A dimensão Gestão e Financiamento obteve um grau parcial de implantação. As maiores fragilidades encontram-se na subdimensão de financiamento que obteve um grau crítico de implantação. A inexistência de recursos para o desenvolvimento das atividades, a falta de fluxo e de monitoramento do mesmo, dificultam o processo de trabalho.

Apesar do Núcleo se articular com outras instâncias e possuir recursos materiais adequados para o desenvolvimento de atividades, o que levou a um grau de implantação positivo na subdimensão administrativa, a carência de recursos financeiros podem

restringir a sua atuação. Tal dificuldade pode refletir no desenvolvimento das competências.

O Quadro 24 apresenta o grau de implantação para o NDVS Metro II, conforme suas dimensões e pontuação geral observada.

Quadro 24 – Grau de implantação do NDVS – Metro II

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PE	PO	%	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
TÉCNICA	Integralidade	500	273	55	Parcialmente implantado
	Articulação técnica				
	Adesão				
GESTÃO E FINANCIAMENTO	Administrativa	500	260	52	Parcialmente implantado
	Financiamento				
SOMATÓRIO DAS DIMENSÕES		1000	533	53	
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente implantado				

PE=pontuação esperada; PO=pontuação observada
 Fonte: Adaptado de Okamura., 2006

De um modo geral, nas dimensões estabelecidas para este estudo, o NDVS apresenta uma implantação parcial. Os nós críticos encontram-se na integralidade das ações e no financiamento. Provavelmente, as dificuldades relacionadas aos recursos financeiros estão contribuindo para que as ações sejam implementadas sem todas as dimensões técnicas necessárias.

VI – LIÇÕES APRENDIDAS

O foco na participação permitiu a interação dos técnicos com o processo avaliativo. Toda a discussão em torno das competências possibilitou a apropriação das mesmas por parte da equipe e a busca em desenvolver ações relacionadas a elas. O trabalho com a matriz de relevância e a revisão do modelo lógico do programa foram momentos importantes para aproximação com a avaliação. A esquematização visual do programa possibilitou uma delimitação concreta das atribuições e do que é esperado que o Núcleo realize. Isso permitiu a consciência dos técnicos sobre sua própria função.

São patentes as modificações no processo de trabalho do NDVS Metro II imputadas por esta avaliação. Na medida em que a pesquisa progrediu notou-se alterações no serviço. As questões ligadas ao monitoramento e avaliação se tornaram mais evidenciadas, com a equipe buscando aprofundar esse tema e inserindo atividades correlacionadas no planejamento anual.

Um desdobramento importante foi o interesse da Instituição em conhecer detalhes desse processo avaliativo e, a partir de uma apresentação do projeto do mesmo, demandar algumas atividades para os Núcleos, como a avaliação dos planos de ação municipais. Foi sinalizada ainda a possibilidade de utilizar este estudo como ponto de partida para o desenvolvimento do sistema de M&A dos NDVS do Estado.

O que se espera é que este estudo tenha utilidade, propiciando que novas estratégias sejam incorporadas de modo a corrigir ou redirecionar os caminhos percorridos.

VII – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste capítulo, as conclusões e recomendações serão apresentadas conforme a seguinte organização: 1) Grau presumido de implantação dos NDVS; 2) Grau de implantação do NDVS Metro II e; 3) NDVS Metro II e demais Núcleos do Estado.

7.1 Grau presumido de implantação dos NDVS

Na avaliação global, a implantação dos Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde no Estado do Rio de Janeiro foi parcial.

A partir dos resultados apresentados, é possível afirmar que, em relação a dimensão técnica, ocorreram de modo geral, níveis críticos de implementação, ou seja, percentuais na faixa de 25 a 49%. As dificuldades ligadas aos recursos materiais e financeiros comprometem a integralidade das ações.

A articulação técnica foi a que obteve os maiores escores. A disponibilidade das planilhas de pactuação bem como a participação maciça dos técnicos nas questões relacionadas a PAP-VS, foram fatores importantes para a pontuação em 78% dos NDVS.

A adesão dos técnicos às atividades é outro ponto crítico. A evidente heterogeneidade de conhecimentos, agravada pela baixa oferta de treinamentos aos técnicos para o desenvolvimento das ações, dificulta o processo de trabalho em 78% dos NDVS.

Ao avaliar os resultados da dimensão de Gestão e Financiamento, conclui-se que ela possui as melhores pontuações de implantação. A faixa de pontuação para a subdimensão Administrativa manteve-se entre 60 a 70% de grau de implantação. Apesar da carência de recursos materiais, os existentes são adequados para o desenvolvimento das atividades. A configuração do organograma aponta que, apesar de não haver organograma publicado em diário oficial, todos os NDVS seguem o que foi “oficiosamente” estabelecido.

No que se refere a integração e articulação com outras instâncias, foi verificado que não há uniformidade no desenvolvimento de ações, da mesma forma que não há um planejamento conjunto entre os Núcleos do Estado, o que propicia a intensificação de determinadas ações por parte de alguns e até a não realização da mesma por outros.

A situação não é diferente na subdimensão financeira. Os resultados, com pontuação atingindo os extremos de 0 e 100%, confirmam as desigualdades. Não há fluxo permanentemente estabelecido. O envio de recursos parece ser realizado de forma

aleatória, sem periodicidade. Os coordenadores não possuem ingerência sobre a utilização dos recursos que são advindos do teto financeiro da vigilância da saúde (TFVS). Em relação aos recursos destinados para estruturação dos Núcleos, há quase um completo desconhecimento sobre de que forma eles são aplicados. Muitos concluíram dedutivamente a existência dos mesmos, em função dos recursos materiais que equiparam os Núcleos.

7.2 Grau de implantação do NDVS Metro II

Os resultados apresentados apontam para uma implantação parcial do NDVS Metro II. A dimensão técnica apresentou 55% de pontuação, enquanto a dimensão de gestão e financiamento apresentou 52%.

Conclui-se que as ações estão sendo parcialmente implementadas em conformidade com o que foi preconizado.

As ações que têm sido implementadas pelo Núcleo estão relacionadas principalmente à PAP/VS, estruturação da vigilância da saúde e, educação e saúde. A PAP/VS é o foco principal. Não por opção da equipe e sim por demanda institucional. É clara essa priorização. Na resolução 2.736, vinte por cento das competências estão relacionadas diretamente à PAP. O planejamento do Núcleo contempla essas atividades e toda a equipe é mobilizada para essa função. Portanto, as competências relacionadas à PAP são realizadas. A única dificuldade está relacionada ao monitoramento e avaliação da PAP/VS que ainda carece de sistematização, sendo realizada de forma parcial.

Quanto às competências relacionadas à estruturação da vigilância da saúde regional, o Núcleo busca, de alguma forma, realizá-las. As principais atividades relacionadas à essas competências estão concentradas principalmente no desenvolvimento de ações que promovam a estruturação dos sistemas municipais de vigilância da saúde; no trabalho integrado com outras instâncias regionais e; a participação em fóruns técnicos e no controle social. A aproximação com o controle social é buscada tanto no convite para a sua participação nas atividades realizadas quanto no acompanhamento periódico das reuniões dos conselhos municipais de saúde.

Os técnicos do Núcleo também desenvolvem as competências relacionadas à assessoria técnica e articulação das ações intermunicipais e intersetoriais. O que se conclui das falas dos técnicos durante as entrevistas é que o papel de articulador parece ser o desejado pela equipe.

As competências relacionadas à educação e saúde também estão sendo implementadas apesar de não atenderem literalmente ao que foi estabelecido na

resolução. São realizadas capacitações de recursos humanos em vigilância da saúde mas não na proposta de Educação Permanente. As capacitações são focadas nas deficiências apontadas pela análise da situação de saúde da região, pelo que é demandado no dia a dia do serviço e pelo que é possível de ser realizado.

A equipe criou espaço regular de discussão de temas relacionados à vigilância da saúde. Essa mobilização foi decorrente da carência de capacitações ofertadas pela instituição e da falta de regularidade dessa oferta.

As maiores lacunas estão relacionadas às seguintes competências: elaborar o planejamento e programação da vigilância da saúde à nível regional em conjunto com os municípios da região; estimular a discussão integrada das pactuações municipais e regional; avaliar os planos e programações de vigilância da saúde municipal e; auxiliar os municípios na análise e interpretação dos dados regionais e municipais.

As ações apontam para a construção das competências esperadas para o Núcleo, mas ainda há muito que fazer para que essas competências sejam totalmente atendidas.

7.3 NDVS METRO II e demais Núcleos do Estado

A implantação dos núcleos descentralizados de vigilância da saúde é ainda muito recente. Há ainda muito que caminhar. As entrevistas com os coordenadores de saúde coletiva dos municípios espelham que a proposta de vigilância da saúde parece ser algo novo e pouco conhecido.

A implementação dos Núcleos pode ser melhorada na medida em que os mesmos sejam inseridos no processo de regionalização das ações de vigilância da saúde. Portanto, recomenda-se que estes participem ativamente, dando suas contribuições técnicas, promovendo articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde e dos diferentes setores. É importante que possam priorizar ações relacionadas ao fortalecimento das vigilâncias promovendo a integração entre elas de modo a formar uma rede regional de vigilância da saúde.

Para melhorar a qualidade das ações é necessário reduzir ou, se possível, extinguir as dificuldades operacionais. Tais dificuldades são decorrentes da falta de recursos financeiros, materiais e apoio institucional, o que limita o desenvolvimento das competências por parte dos NDVS. Elas ocasionam uma limitação da autonomia dos mesmos e muitas vezes, inviabilizam a ação. Não há autonomia financeira, o que prejudica a autonomia técnica e gerencial.

Um fator positivo é o planejamento. Há uma institucionalização do planejamento estratégico nos Núcleos. Todos o fazem anualmente e pautam suas ações em função do

mesmo que é avaliado ao final do período. No entanto, demandas institucionais acabam por desviar o planejamento, fazendo com que os técnicos se vejam envolvidos em atividades não previstas anteriormente. Tal fato causa problemas no cumprimento das atividades planejadas, seja por ajustes no cronograma, seja por sua inviabilização. É importante preservar, na medida do possível, a programação inicial para que não se desestabilize e desestime o processo de trabalho da equipe e se crie, efetivamente, meio de monitorar as ações planejadas.

A realização de um plano conjunto entre os Núcleos do Estado seria uma importante estratégia a ser implementada. Isso poderia melhorar a proposta de implantação dos mesmos, pois haveria um direcionamento único para o desenvolvimento das atividades, mesmo que considerando as peculiaridades de cada região. Tal fato criaria um padrão de atuação, o fortalecimento das relações entre os Núcleos e contribuiria para a afirmação dos mesmos como instância regional do Estado. A participação dos coordenadores na definição de estratégias e prioridades poderia reduzir a baixa autonomia técnica e gerencial.

A configuração do organograma também dificulta ou até inviabiliza algumas ações. Os diferentes níveis de subordinação acabam dificultando o retorno de determinadas informações aos NDVS e o contato com outros setores da SESDEC.

A informação também é outro ponto de desestabilização. Os NDVS não possuem acesso direto a sistemas de informação, dependendo das assessorias, de outros setores ou de sistemas indiretos, cuja informação geralmente está defasada. Ocorrem divergências que acabam congelando a atuação do Núcleo porque o mesmo, não tendo o domínio da informação, não pode diagnosticar a causa das divergências e ter o poder explicativo necessário para a situação. Acaba por reportar o município à outras instâncias, o que enfraquece o seu poder de resolubilidade.

Os Núcleos precisam ter acesso direto aos sistemas de informação e estarem cientes de todas as ações estaduais relacionadas diretamente ou indiretamente à saúde na região. Recomenda-se, neste caso, o repasse direto dos dados vitais, seja através de meios eletrônicos ou impressos. Poderia também ser criado um boletim eletrônico com periodicidade semanal para a divulgação das ações que estão sendo realizadas na região.

A comunicação entre NDVS e o nível central é outro complicador. Além dos problemas estruturais que alguns Núcleos enfrentam e que se reflete na dificuldade de comunicação, parece não haver um fluxo consistente de informação para os Núcleos. Ocorre, muitas vezes, o conhecimento de algumas ações que estão acontecendo na região ou em parte dela, através dos próprios municípios. Tal fato gera um

constrangimento frente aos mesmos visto que os NDVS são uma instância estadual nas regiões.

Outro fator importante, refere-se ao nível de conhecimento da equipe técnica que é heterogêneo. Isso se reflete diretamente na habilidade para desempenhar as funções. Apesar de algumas equipes buscarem por esses conhecimentos, criando espaços internos de discussão de temas que consideram relevantes para o desenvolvimento das ações, o nível central do Estado não necessariamente corresponde as necessidades de promoção de atualização das equipes.

Diante desse quadro, recomenda-se que sejam oferecidas capacitações focadas nas atividades relacionadas ao cumprimento das competências. Deve ser priorizado o fomento às discussões em torno do monitoramento e avaliação já que 25% das competências estão diretamente relacionadas a essa área e muitas delas estão indiretamente.

É necessário que as instâncias as quais os NDVS estejam subordinados se proponham a elucidar, tanto aos coordenadores quanto ao corpo técnico, as questões relacionadas ao financiamento. A Instituição deve encontrar meios de compartilhamento dos dados relativos ao financiamento e viabilização de recursos dessa natureza para a operacionalização de suas funções.

Outro fator que pode melhorar o desempenho é a garantia, por parte do Estado, de local apropriado e definitivo para o Núcleo, propiciando tranquilidade à equipe para a execução de suas atividades.

As dificuldades de recursos materiais, financeiros e de recursos humanos qualificados para as competências estabelecidas acabam por inviabilizar o desenvolvimento integral das mesmas. Portanto, a Instituição, não dando subsídios para o desenvolvimento das ações, acaba por criar entraves organizacionais que comprometem a integralidade das ações e reduzem a articulação e adesão técnica ao cumprimento das competências.

As diferenças no grau de implantação apresentado pelos Núcleos, de um modo geral, dificultam a promoção da integração das vigilâncias no nível municipal pois é necessário o fortalecimento dos mesmos para que possam desenvolver as suas ações.

Enfim, a implantação dos Núcleos é recente e muito ainda deve ser feito para a sua consolidação. Esta avaliação, longe do papel de auditoria, pretendeu contribuir para o aprimoramento dessa intervenção, através da identificação dos problemas e proposta de soluções.

REFERÊNCIAS:

ANKER, M.; GUIDOTTI, R.J.; ORZESZYNA, S.; SAPIRIE, A. S.; THURIAUX, M. C.; Rapid Evaluation Methods (REM) of Health Services Performance: Methodological Observations. *Bull World Health Organ*, v.71, u.1, p.15-21, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/ 2ª edição* – Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernantes de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde 91. *Trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília, 1991. Disponível em <[http://siops.datasus.gov.br/ Documentacao/Resolucao% 20258_07_01_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf)> Acessado em 20/10/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde 92. *Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS*. Brasília, 1992. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf> Acessado em 20/10/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde 93. *Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde 96. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Fazer Cumprir a Lei*. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007. *Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e distrito federal*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de janeiro de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1172/GM de 15 de junho de 2004. *Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 de junho de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1399/GM de 15 de dezembro de 1999. *Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de dezembro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundamento e Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01)*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. *Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa*. Programa Nacional de DST/AIDS. Centers for Diseases Control and Prevention. Brasília, 2005

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Framework for Program Evaluation in Public Health. *MMWR*, vol. 48/ Nº RR-11. September, 17, 1999.

CHAMPAGNE, F. & DENIS, J. L. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. A. - *Avaliação em Saúde. dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997, p.48-87.

CHIANCA, T.; MARINO, E. & SCHIESARI, L. *Desenvolvendo a Cultura de Avaliação em Organizações da Sociedade Civil*. Coleção Gestão e Sustentabilidade. São Paulo: Editora Global. 2001.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.381-91. Brasília, 1987.

CONTADRIOPOULOS, A. P. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. - *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997, p.29-47.

COSENDEY, M. A et al – Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, u.2, p. 395-406, mar-abr, 2003.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131p.

HARTZ, Z. M. A. et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.41-63.

IBGE. Dados Cartográficos. *Área territorial do Estado do Rio de Janeiro*. Disponível <ftp://geoftp.ibge.gov.br/documentos/cartografia/areaterritorial/pdf/areas_2001_33.pdf> Acessado em 04/11/2006.

IBGE.Dados Demográficos. *Estimativas das Populações Residentes, em 01.07.2006, segundo os municípios*. Disponível <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/POP_2006_DOU.pdf> Acessado em 05/01/2007.

IBGE. Dados Econômicos. *Contas Nacionais nº18. Produto Interno Bruto dos Municípios 2004*. Disponível <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004/pibmunic2004.pdf>> Acessado em 05/01/2007.

JOINT COMMITTEE STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION – JCSEE. *The program evaluation standards (2ed.)* Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário. A produção social da saúde. In: MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1996. p. 233-300.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1992.

OKAMURA, M. Avaliação da Implantação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – FIOCRUZ. Brasília, 2006. 124p.

OLIVEIRA, M. A. et al – Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, v.18, u.5, p. 1429-1439, set-out, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUARIOL, Z. M. – *Epidemiologia e Saúde*. Ed. Medsi Editora Médica e Scientific, 1994 p.567-86.

PATTON, M.Q., 1997 *Utilization Focused Evaluation: The News Century Text*. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 3rd. ed.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/RJ nº 2736 de 31 de maio de 2005. *Institui os Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde*. Diário Oficial do Estado Do Rio de Janeiro, dia 31 de maio de 2005.

SANTOS, E. M.; NATAL, S. (Org.). *Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa*. Série *Ensinando Avaliação*, v. 2. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

SANTOS, E. M.; NATAL, S. (Org.). *Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo teórico da avaliação*. Série *Ensinando Avaliação*, v. 3. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

SANTOS, E. M.; HARTZ, Z. et al. Avaliação dos Programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose e Hanseníase na Amazônia Legal: Uma Proposta de Concepção Teórica e Metodológica Comum aos Processos Endêmicos. In: SANTOS, E. M.; NATAL, S. (Org.). *Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica; modelo lógico do programa*. (Série *Ensinando Avaliação*, v. 2). Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p.75-81.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 49-60.

TEIXEIRA, C. Promoção e vigilância no Contexto da Regionalização da assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002.

WHO. Division of Family Health Situation and Trend Assessment. *Rapid Evaluation Method (REM) for maternal and child health, family planning and other health services*. 1993.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de Programas: Concepções e Práticas*. São Paulo. Editora Gente, 2004.

VILASBÔAS, A.L. et al. Vigilância à Saúde. Relatório da Oficina de Trabalho. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador, Bahia, 1995. 11p.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

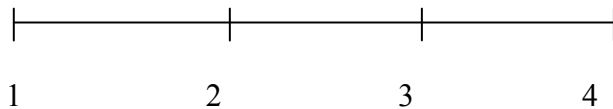
Anexo I

Questionário para Pactuação das Competências (Coordenador)

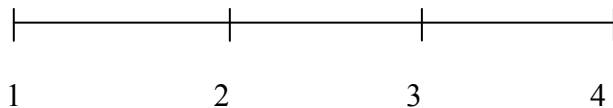
I – De acordo com as competências atribuídas aos NDVS pela Resolução SES/RJ 2.736 de 2004, marque na escala a opção que julgar mais coerente, conforme legenda abaixo:

- 1 – Não é uma competência
- 2 – É uma competência sem importância
- 3 – É uma competência de alguma importância
- 4 – É uma competência muito importante

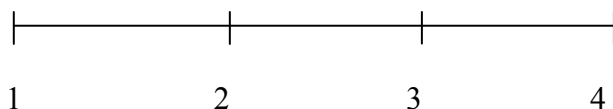
1 - Desenvolver ações que promovam o processo de estruturação dos Sistemas Municipais de Vigilância da Saúde



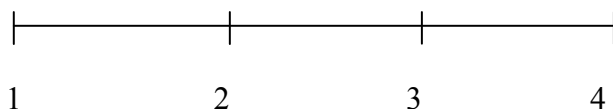
2 - Assessorar tecnicamente e dar apoio logístico aos Municípios da Região, na lógica da Vigilância da Saúde



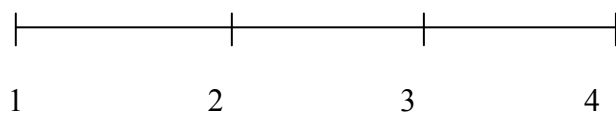
3 - Facilitar as articulações intersetoriais na região



4 - Trabalhar de forma integrada com outras instâncias regionais



5 - Promover a articulação intra e intermunicipais visando a integração das ações de vigilância da saúde na Região



6 - Participar de fóruns técnicos e de controle social a nível regional



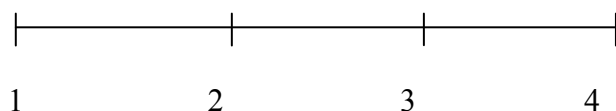
7 - acatar normas e os fluxos de informação estabelecidos pela SES



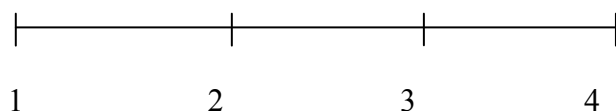
8 - Elaborar o planejamento e a programação da Vigilância da Saúde à nível regional em conjunto com os municípios da região



9 - Avaliar os Planos e Programações de Vigilância da Saúde Municipal



10- Participar do processo de pactuação da PPI/VS



11- Estimular a discussão integrada das pactuações municipais e regional



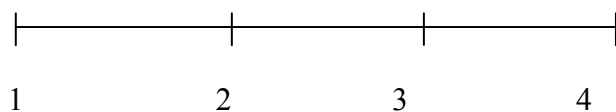
12- Realizar supervisões regulares de acompanhamento das metas da PPI/VS nas Secretarias de Saúde dos Municípios da Região



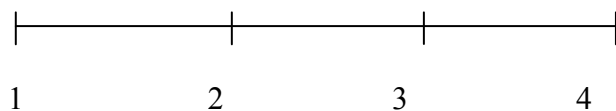
13- Avaliar e monitorar as metas da PPI/VS dos Municípios da Região



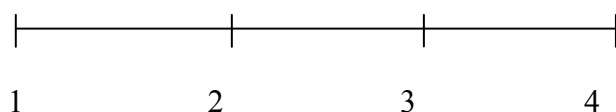
14- Analisar a situação de saúde da região



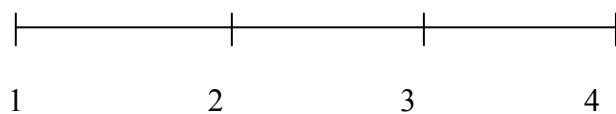
15- Auxiliar os Municípios na análise e interpretação dos dados regionais e municipais



16- Produzir e enviar relatórios trimestrais sobre a situação de saúde da região e dos municípios, e outros relatórios solicitados, à Unidade de Apoio Técnico do Projeto VIGISUS



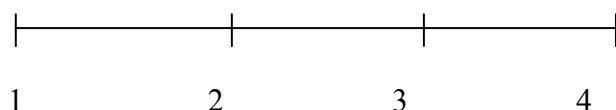
17- Realizar análises e disseminar as informações geradas pelos sistemas de informações oficiais



18- Promover a interlocução técnica entre os municípios e o nível central da SES



19 - Participar dos processos de capacitação desenvolvidos pelo Nível Central da SES



20- Promover capacitação de Recursos Humanos em Vigilância da Saúde considerando a proposta de Educação Permanente em Saúde, articulando com a Unidade de Apoio Técnico do VIGISUS



Anexo II
Roteiro para entrevista com os Coordenadores dos Núcleos Descentralizados de
Vigilância da Saúde do Estado do Rio de Janeiro

I - DADOS GERAIS DO COORDENADOR:

1 – Profissão: _____

2 – Idade: _____

3 – Sexo: () M () F

4 – Vínculo empregatício: _____

5 – Tempo de ocupação do cargo: _____

6 – Forma de escolha para o cargo: _____

II – DADOS GERAIS DO NÚCLEO

1 - Núcleo: _____

2 - Quantos municípios compõem a região? _____

3 - Data de implantação do Núcleo: _____

II - RECURSOS HUMANOS:

1 - Quadro de profissionais segundo função e quantidade

Função	Existência (S/N)	Quantidade
Auxiliar administrativo		
Técnicos de nível superior		
Outros		

2 - Quadro de profissionais de nível superior segundo especialidade, formação acadêmica e situação funcional

Especialidade	Formação acadêmica	Concursado	
		Sim	Não

3 - Acha o número de profissionais suficiente para desenvolver as atividades do Núcleo?

- sim não

4 – Como considera a multidisciplinaridade da equipe?

- é um fator facilitador é um fator complicador é indiferente

5 - Caso a resposta anterior seja não:

a) Quantos profissionais você julga que seriam necessários? _____

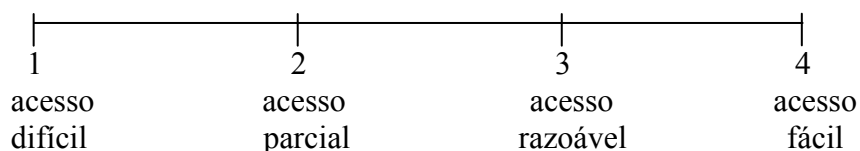
b) Especifique as especialidades _____

III - INFRAESTRUTURA

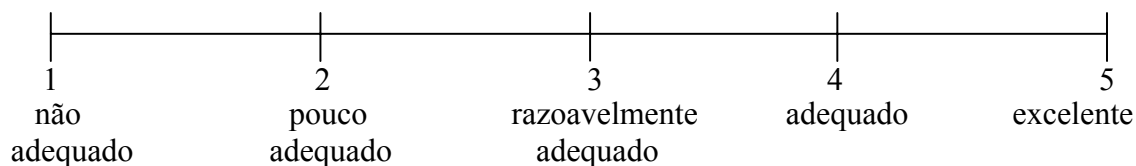
1 – O Núcleo possui sede própria?

- sim não

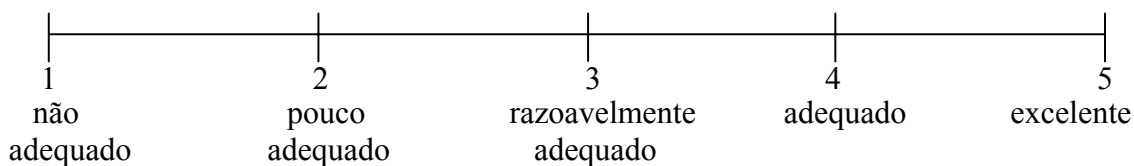
2 – Numa escala de 1 a 4, como classificaria a acessibilidade do Núcleo?



3 – Numa escala de 1 a 5, como classificaria a adequabilidade da localização do Núcleo?



4 – Numa escala de 1 a 5, como classificaria a adequabilidade do espaço físico do Núcleo?



5 – Possui acesso à internet?

sim não

a) Caso afirmativo, qual é o tipo de conexão?

acesso discado banda larga

6 – Possui linha telefônica?

sim não

a) Caso afirmativo, a linha é própria?

sim não

7 – Possui sala de reunião?

sim não

IV - RECURSOS MATERIAIS

1 – Quais recursos materiais citados a seguir, o Núcleo possui?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> mesa Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> cadeira Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> computador Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> impressora Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> scanner Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> <i>pen drive</i> Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> aparelho de fax Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> telefone Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> copiadora Quantas? ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>datashow</i> Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> televisão Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> vídeo cassete Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> tela de projeção Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> microondas Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> cafeteira Quantas? ____ |
| <input type="checkbox"/> ar condicionado Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> aparelho de DVD Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> bebedouro Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> material de escritório | <input type="checkbox"/> veículo Quantos ____ | |
| <input type="checkbox"/> outros _____ | | |

2 – Dos recursos citados acima, quais são efetivamente utilizados pelo Núcleo?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> mesa | <input type="checkbox"/> cadeira | <input type="checkbox"/> computador |
| <input type="checkbox"/> impressora | <input type="checkbox"/> scanner | <input type="checkbox"/> pen drive |
| <input type="checkbox"/> aparelho de fax | <input type="checkbox"/> telefone | <input type="checkbox"/> copiadora |
| <input type="checkbox"/> <i>datashow</i> | <input type="checkbox"/> televisão | <input type="checkbox"/> vídeo cassete |
| <input type="checkbox"/> tela de projeção | <input type="checkbox"/> microondas | <input type="checkbox"/> cafeteira |
| <input type="checkbox"/> ar condicionado | <input type="checkbox"/> aparelho de DVD | <input type="checkbox"/> bebedouro |
| <input type="checkbox"/> material de escritório | <input type="checkbox"/> veículo | |

3 – Acha que o Núcleo possui recursos materiais suficientes para o desenvolvimento das atividades?

sim não

4 – Considera que os recursos materiais são adequados para a realização das atividades?

sim não

5 – Há algum recurso(s) que o Núcleo não possua e que você considere muito importante para o desenvolvimento das atividades?

sim não

6 – Se a resposta anterior for afirmativa, cite-o(s)? _____

V – RECURSOS FINANCEIROS

1 – Há de recursos financeiros destinados para a estruturação do NDVS?

sim não não sabe

2 – Há recurso financeiros destinados para o desenvolvimento das atividades do Núcleo?

sim não não sabe

3 – Qual a importância que você atribui à existência de recursos para o desenvolvimento das atividades?

muito importante importante pouco importante sem importância

4 – Como você classifica a disponibilidade de recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades do Núcleo?

excelente muito bom bom regular deficiente

5 – Há um fluxo de recursos para o Núcleo?

sim não não sabe

6 – Se a resposta anterior for afirmativa:

a) O fluxo de recursos é monitorado?

sim não não sabe

b) Quem realiza o monitoramento do fluxo de recursos? _____

c) Quem tem gerência sobre o fluxo de recursos? _____

VI – PROCESSO DE TRABALHO

1 - Quais atividades citadas abaixo são realizadas pelo Núcleo?

pactuação da PAP/VS supervisão da PAP/VS
 análise da situação de saúde regional avaliação e monitoramento
 avaliação dos planos e programações municipais
 outras _____

2 – Para quais atividades citadas abaixo os técnicos receberam capacitação? Cite quantas capacitações e quantos técnicos foram capacitados para cada atividade.

pactuação da PAP/VS

nº de capacitações _____ nº de técnicos capacitados _____

supervisão da PAP/VS

nº de capacitações _____ nº de técnicos capacitados _____

análise da situação de saúde regional

nº de capacitações _____ nº de técnicos capacitados _____

avaliação e monitoramento da PAP/VS

nº de capacitações _____ nº de técnicos capacitados _____

avaliação dos planos e programações municipais

nº de capacitações _____ nº de técnicos capacitados _____

outras _____

3 – A equipe vem desenvolvendo atividades de acordo com as competências atribuídas ao Núcleo?

sempre quase sempre freqüentemente raramente nunca

4 – O que acha do apoio institucional dados ao Núcleo para o cumprimento de suas competências?

excelente muito bom bom regular deficiente

5 – De um modo geral, como considera o compromisso dos técnicos com as atividades desenvolvidas?

excelente muito bom bom regular deficiente

6 – Como classifica o entrosamento entre os técnicos para o desenvolvimento das atividades?

excelente muito bom bom regular deficiente

7 – Como classifica a sua relação de trabalho com os membros da equipe?

excelente muito bom bom regular deficiente

8 – É realizada reuniões com a equipe para discutir e programar as atividades?

não sim, sem regularidade

sim, quinzenalmente sim, mensalmente

a) Caso a resposta anterior for afirmativa, como classificaria a freqüência da equipe às reuniões?

excelente muito bom bom regular deficiente

09 – O que considera como pontos fortes e fracos da equipe?

10- É oferecido treinamento aos técnicos para o desenvolvimento das atividades?

- sempre quase sempre raramente nunca

11 – Existem protocolos, manuais técnicos e recomendações para a realização das atividades?

- sim não

12 – Quanto à PAP/VS, o Núcleo realiza:

- somente monitoramento somente avaliação
 avaliação e monitoramento não realiza monitoramento e avaliação

13– Ocorrem discussões integradas para as pactuações, entre os municípios da região?

- sim não

14 – As planilhas de pactuação são disponibilizadas oportunamente?

- sim não

15 – O NDVS dispõe de dados que são fornecidos pelas assessorias para o momento da pactuação?

- sim não

16 – Caso a resposta anterior seja afirmativa, qual a proporção aproximada de dados que são disponibilizados?

- = 100% dos dados > 60% e < 100% dos dados ≤ 60% dos dados

17 – Qual o total de técnicos que participam da pactuação? _____

a) Quantos são capacitados? _____

18 – Qual o nº de planilhas de metas pactuadas? ____

19 – Quantas supervisões da PAP/VS por município o Núcleo realiza por ano? ____

20 – Qual o total de técnicos que participam da supervisão? _____

a) Quantos são capacitados? _____

21 – O Núcleo tem os planos e programações municipais disponíveis?

- sim não

22 – O Núcleo avalia os planos e programações municipais?

- sim não Quantos? ____

23 - O Núcleo tem acesso às informações oriundas de sistema de informações oficial?

- sim não

24 - O Núcleo tem materiais educativos disponibilizados para desenvolvimento das atividades?

- sim não

25 - O Núcleo realiza capacitações em temas relacionados à Vigilância da Saúde?

- sim não Quantas? ____

26 – Caso a resposta anterior seja afirmativa, quantos técnicos já foram capacitados?

27 – O Núcleo já realizou análises de situação de saúde regional?

sim não

28 – Quantos relatórios já foram solicitados pela SESDEC? _____

29 - Quantos relatórios solicitados pela SESDEC o Núcleo elaborou? _____

30 – O Núcleo já elaborou boletins/ informativos?

sim não Quantos? _____

31 – O Núcleo promove a interlocução entre municípios e o nível central da SESDEC?

sim não

32 – O Núcleo realiza o planejamento e programação da VS em conjunto com município?

sim não

33 – Há planejamento conjunto com os outros Núcleos do Estado?

sim não

34 – O Núcleo realiza ações para a promoção da estruturação da VS regional?

sim não

35 – O Núcleo já participou de fóruns técnicos?

sim não Quantos? _____

36 – O controle social está inserido no planejamento das atividades?

sim não

Comentários e observações finais _____

Anexo III

Roteiro para entrevista com os Técnicos do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

I – DADOS GERAIS

1 – Sexo: () M () F

2 – Idade: _____

3 – Função: _____

4 – Especialidade: _____ Formação profissional: _____

5 – Há quanto tempo está trabalhando no Núcleo? _____

6 – Vínculo empregatício: _____

II – INFRAESTRUTURA

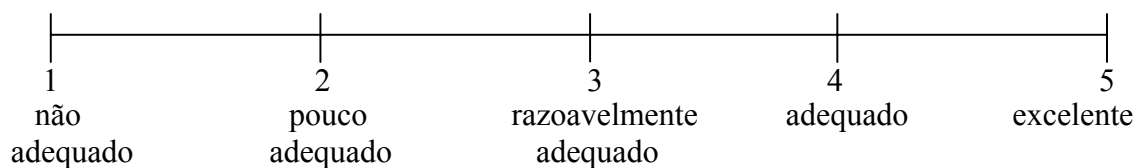
1 – O Núcleo possui sede própria?

sim não

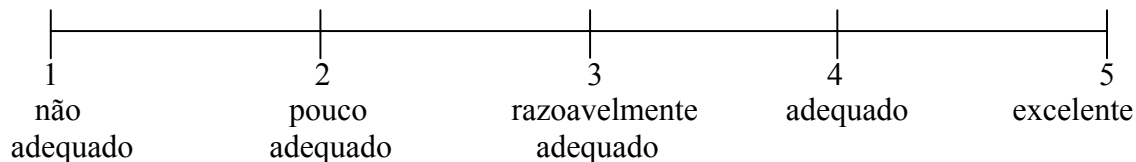
2 – Numa escala de 1 a 4, como classificaria a acessibilidade do Núcleo?



3 – Numa escala de 1 a 5, como classificaria a adequabilidade da localização do Núcleo?



4 – Numa escala de 1 a 5, como classificaria a adequabilidade do espaço físico do Núcleo?



5 – Possui acesso à internet?

sim não

a) Caso afirmativo, qual é o tipo de conexão?

acesso discado banda larga

6 – Possui linha telefônica?

- sim não

a) Caso afirmativo, a linha é própria?

- sim não

7 – Possui sala de reunião?

- sim não

III – RECURSOS MATERIAIS

1 – Quais recursos materiais citados a seguir, o Núcleo possui?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> mesa Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> cadeira Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> computador Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> impressora Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> scanner Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> <i>pen drive</i> Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> aparelho de fax Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> telefone Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> copiadora Quantas? ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>datashow</i> Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> televisão Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> vídeo cassete Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> tela de projeção Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> microondas Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> cafeteira Quantas? ____ |
| <input type="checkbox"/> ar condicionado Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> aparelho de DVD Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> bebedouro Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> material de escritório | <input type="checkbox"/> veículo Quantos? ____ | |
| <input type="checkbox"/> outros _____ | | |

2 – Dos recursos citados acima, quais são efetivamente utilizados pelo Núcleo?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> mesa | <input type="checkbox"/> cadeira | <input type="checkbox"/> computador |
| <input type="checkbox"/> impressora | <input type="checkbox"/> scanner | <input type="checkbox"/> <i>pen drive</i> |
| <input type="checkbox"/> aparelho de fax | <input type="checkbox"/> telefone | <input type="checkbox"/> copiadora |
| <input type="checkbox"/> <i>datashow</i> | <input type="checkbox"/> televisão | <input type="checkbox"/> vídeo cassete |
| <input type="checkbox"/> tela de projeção | <input type="checkbox"/> microondas | <input type="checkbox"/> cafeteira |
| <input type="checkbox"/> ar condicionado | <input type="checkbox"/> aparelho de DVD | <input type="checkbox"/> bebedouro |
| <input type="checkbox"/> material de escritório | <input type="checkbox"/> veículo | |

3 – Acha que o Núcleo possui recursos materiais suficientes para o desenvolvimento das atividades?

- sim não

4 – Considera que os recursos materiais são adequados para a realização das atividades?

- sim não

5 – Há algum recurso(s) que o Núcleo não possua e que você considere muito importante para o desenvolvimento das atividades?

- sim não

6 – Se a resposta anterior for afirmativa, cite-o(s)? _____

7 – Quais atividades são realizadas pelo Núcleo? _____

IV – RECURSOS FINANCEIROS

1 – Há de recursos financeiros destinados para a estruturação do NDVS?

- sim não não sabe

2 – Há recurso financeiros destinados para o desenvolvimento das atividades do Núcleo?

- sim não não sabe

3 – Qual a importância que você atribui à existência de recursos para o desenvolvimento das atividades?

- muito importante importante pouco importante sem importância

4 – Como você classifica a disponibilidade de recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades do Núcleo?

- excelente muito bom bom regular deficiente

5 – Há um fluxo de recursos para o Núcleo?

- sim não não sabe

6 – Se a resposta anterior for afirmativa:

a) O fluxo de recursos é monitorado?

- sim não não sabe

b) Quem realiza o monitoramento do fluxo de recursos? _____

c) Quem tem gerência sobre o fluxo de recursos? _____

V – PROCESSO DE TRABALHO

1 - Quais atividades citadas abaixo são realizadas pelo Núcleo?

- pactuação da PAP/VS supervisão da PAP/VS
 análise da situação de saúde regional avaliação e monitoramento
 avaliação dos planos e programações municipais
 outras _____
-

2 – Para quais atividades citadas acima os técnicos receberam capacitação?

- pactuação da PAP/VS n° de capacitações _____
 supervisão da PAP/VS n° de capacitações _____
 análise da situação de saúde regional n° de capacitações _____
 avaliação e monitoramento da PAP/VS n° de capacitações _____
 avaliação dos planos e programações municipais n° de capacitações _____
 outras _____
-

3 – É realizada reuniões com o coordenador para discutir e programar as atividades?

- não sim, sem regularidade
 sim, quinzenalmente sim, mensalmente

a) Se a resposta for afirmativa, com que frequência você participa das reuniões?

sempre quase sempre freqüentemente raramente nunca

4 – Como considera a relação de trabalho entre a equipe e a coordenação do Núcleo?

excelente muito bom bom regular deficiente

5– Como classifica sua relação de trabalho com os outros membros da equipe?

excelente muito bom bom regular deficiente

6 – Como classifica sua motivação para o desenvolvimento das atividades do Núcleo?

excelente muito bom bom regular deficiente

7 – Como classifica sua adesão ao desenvolvimento das atividades do Núcleo?

excelente muito bom bom regular deficiente

8 – Como classifica o entrosamento da equipe no desenvolvimento das atividades?

excelente muito bom bom regular deficiente

9 – Existem objetivos comuns?

sim não

Quais? _____

10 – Em sua opinião, que fatores dificultam ou facilitam o trabalho em equipe?

11 – O que considera como pontos fortes e fracos da equipe?

12 – De um modo geral, como considera o compromisso dos seus colegas com as atividades desenvolvidas?

excelente muito bom bom regular deficiente

13 - Qual a relevância que você atribui ao trabalho realizado pela equipe do Núcleo?

muito relevante relevante pouco relevante sem relevância

14 – A equipe vem desenvolvendo atividades de acordo com as competências atribuídas ao Núcleo?

sempre quase sempre freqüentemente raramente nunca

15 – O que acha do apoio institucional dados ao Núcleo para o cumprimento de suas competências?

excelente muito bom bom regular deficiente

16 – Em sua opinião, considera que as ações desenvolvidas pela equipe são realizadas de forma articulada?

sempre quase sempre freqüentemente raramente nunca

17 – Existem protocolos, manuais técnicos e recomendações para a realização das atividades?

sim não

18 – Quanto à PAP/VS, o Núcleo realiza:

- somente monitoramento somente avaliação
 avaliação e monitoramento não realiza monitoramento e avaliação
 não sabe responder

19 – Ocorrem discussões integradas para as pactuações, entre os municípios da região?

- sim não não sabe responder

20 – As planilhas de pactuação são disponibilizadas oportunamente?

- sim não não sabe responder

21 – O NDVS dispõe de dados que são fornecidos pelas assessorias para o momento da pactuação?

- sim, completamente sim, parcialmente não não sabe responder

22 – Quantas supervisões da PAP/VS por município o Núcleo realiza por ano? _____

23 – O Núcleo tem os planos e programações municipais disponíveis?

- sim não

24 – O Núcleo avalia os planos e programações municipais?

- sim não Quantos? _____

25 - O Núcleo tem acesso às informações oriundas de sistema de informações oficial?

- sim não não sabe responder

26 - O Núcleo tem materiais educativos disponibilizados para desenvolvimento das atividades?

- sim não não sabe responder

27 - O Núcleo realiza capacitações em temas relacionados à Vigilância da Saúde?

- sim não não sabe responder

28 – O Núcleo já realizou análises de situação de saúde regional?

- sim não não sabe responder

29 – Quantos relatórios já foram solicitados pela SESDEC? _____

30 - Quantos relatórios solicitados pela SESDEC o Núcleo elaborou? _____

31 – O Núcleo já elaborou boletins/ informativos?

- sim não Quantos? _____

32 – O Núcleo promove a interlocução entre municípios e o nível central da SESDEC?

- sim não não sabe responder

33 – O Núcleo realiza o planejamento e programação da VS em conjunto com município?

- sim não não sabe responder

34 – Há planejamento conjunto com os outros Núcleos do Estado?

- sim não não sabe responder

35 – O Núcleo realiza ações para a promoção da estruturação da VS regional?

- sim não não sabe responder

36 – O Núcleo já participou de fóruns técnicos?

- sim não Quantos? _____

37 – O controle social está inserido no planejamento das atividades?

- sim não não sabe responder

38 - É oferecido treinamento para o desenvolvimento das atividades?

- sempre quase sempre freqüentemente raramente nunca

39 – Como você considera os treinamentos oferecidos?

- excelente muito bom bom regular deficiente

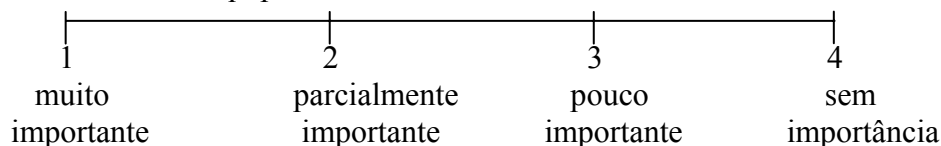
40 – O que acha do número de treinamentos oferecidos?

- excelente muito bom bom regular deficiente

41 – Qual a relevância que você atribui aos treinamentos?

- muito relevante parcialmente relevante
 pouco relevante sem relevância

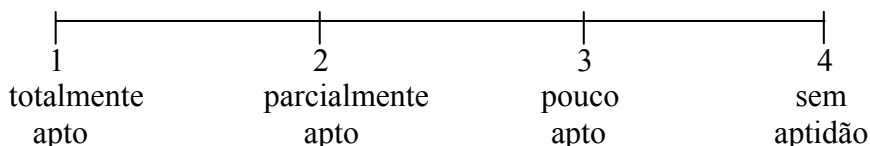
42 – Indique, numa escala de 1 a 4, a importância que os treinamentos podem ter para o entrosamento da equipe?



43 – Como você classifica o entrosamento dos técnicos durante os treinamentos?

- excelente muito bom bom regular deficiente

44 – Indique, numa escala de 1 a 4, como considera a sua aptidão para o desenvolvimento das atividades preconizadas para o Núcleo?



45 – Como considera a multidisciplinaridade da equipe?

- é um fator facilitador é um fator complicador é indiferente

46 – Você acha o número de profissionais do Núcleo suficiente para o desenvolvimento das atividades?

- sim não

47 - Caso a resposta anterior seja negativa:

a) Quantos profissionais você julga que seriam necessários? _____

b) Especifique as especialidades _____

Anexo IV

Roteiro para entrevista com os Coordenadores de Saúde Coletiva das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana II

I – DADOS GERAIS

1 – Sexo: () M () F

2 – Idade: _____

3 – Função _____

4 – Especialidade: _____ Formação profissional: _____

5 – Tempo de ocupação do cargo: _____

6 – Vínculo empregatício: _____

II – CONHECIMENTOS SOBRE O NDVS

1 – Tem conhecimento sobre a existência do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde em sua região?

sim não

Caso a resposta anterior for afirmativa, responda as questões a seguir:

2 – Como soube da existência do NDVS? _____

3 – Sabe onde fica localizado o NDVS?

sim não

4 – Já esteve no NDVS?

sim não

5 – Caso a resposta anterior seja afirmativa, numa escala de 1 a 4, como classificaria a acessibilidade do Núcleo?



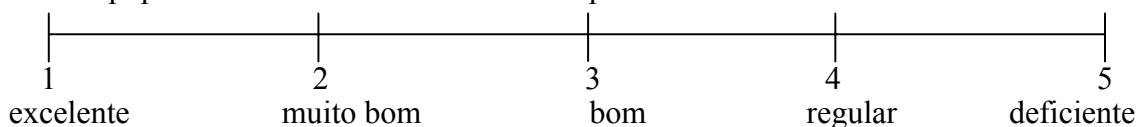
6 – Sabe qual é o papel do NDVS na região?

sim não

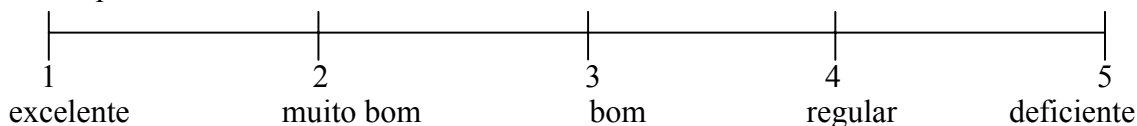
7 – Qual a relevância que você atribui ao trabalho do NDVS?

muito relevante parcialmente relevante
 pouco relevante sem relevância

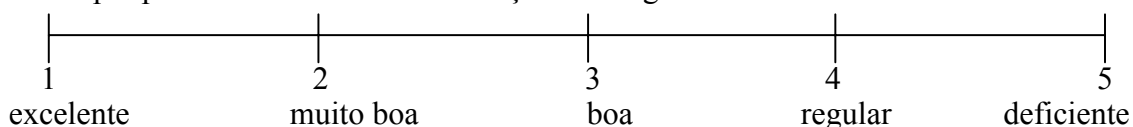
8 – Numa escala de 1 a 5, como você classificaria o relacionamento da equipe do NDVS com a equipe de saúde coletiva de seu Município?



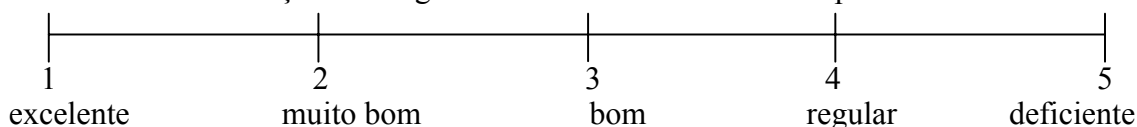
9 – Numa escala de 1 a 5, qual a sua impressão sobre a capacidade técnica da equipe do NDVS para o desenvolvimento de suas atividades?



10 – Numa escala de 1 a 5, como você classificaria a articulação do NDVS com seu Município para o desenvolvimento de ações de Vigilância da Saúde?



11 – Numa escala de 1 a 5, como classificaria o apoio técnico dado pelo NDVS para o desenvolvimento de ações de Vigilância da Saúde em seu município?



12 – O NDVS já realizou alguma capacitação para os técnicos de seu município?

- sim não não sabe responder

13 – O município disponibiliza as informações solicitadas pelo NDVS?

- sim não não sabe responder

15 – O NDVS realiza o planejamento e programação da VS em conjunto com o município?

- sim não não sabe responder

16 – O Município já recebeu algum boletins/ informativos elaborado pelo NDVS?

- sim não Quantos? _____

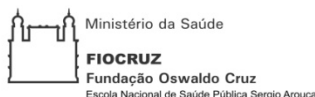
17 – Qual a importância que você atribui ao NDVS para promoção da estruturação da VS regional?

- muito importante parcialmente importante
 pouco importante sem importância

18 – Como você vê a atuação do NDVS na região? _____

19 – Considerações finais _____

Anexo V



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Para Coordenadores dos NDVS, técnicos do NDVS Metro II e coordenadores de saúde coletiva dos municípios)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação de Implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro”, cujo objetivo é avaliar o grau de implementação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro. A seleção das pessoas envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado e sua participação não é obrigatória.. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do programa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o trabalho ou com a Secretaria de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas questões de um questionário anônimo e/ou entrevista gravada, que será realizada pelo pesquisador da instituição descrita acima.

Os riscos relacionados com sua participação são nulos , pois a pesquisa não identificará nomes e endereços. Ela consiste única e exclusivamente em coletar informações a respeito de alguns assuntos e a análise será realizada de forma agregada.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o de contribuir para a análise da implantação do Núcleo. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, **sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.**

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o endereço e telefone onde o pesquisador poderá ser encontrado, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DOLORES MARIA FRANCO DE ABREU

ENSP-FIOCRUZ. Departamento de Endemias, ambiente e sociedade.

Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro.

Telefone: (021)2598-2683

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314

Manguinhos Rio de Janeiro RJ

CEP: 21041-210 Telefone: (21) 25982863

Anexo VI



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para o Coordenador da UAT/SESDEC-RJ)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação de Implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro”, cujo objetivo é avaliar o grau de implementação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro. A seleção das pessoas envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado e sua participação não é obrigatória.. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do programa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o trabalho ou com a Secretaria de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas questões de um questionário anônimo e/ou entrevista gravada, que será realizada pelo pesquisador da instituição descrita acima. Como você ocupou a coordenação durante o período de implantação que é objeto desse estudo, será impossível não identificá-lo, portanto, não será possível manter sigilo sobre sua identidade, apesar de seu nome não vir a ser citado.

Os riscos relacionados com sua participação são nulos. A pesquisa consiste única e exclusivamente em coletar informações a respeito de alguns assuntos, a análise será realizada de forma agregada e divulgada em meio acadêmico.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o de contribuir para a análise da implantação do Núcleo. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o endereço e telefone onde o pesquisador poderá ser encontrado, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DOLORES MARIA FRANCO DE ABREU

ENSP-FIOCRUZ. Departamento de Endemias, ambiente e sociedade.

Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro.

Telefone: (021)2598-2683

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314

Manguinhos Rio de Janeiro RJ

CEP: 21041-210 Telefone: (21) 25982863

Anexo VII
Roteiro de Observação para o Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde

I – INFRAESTRUTURA

1 – Localização: excelente muito bom bom regular deficiente
observações _____

2 - Espaço físico adequado para a realização das atividades: sim não
observações _____

3 – Materiais presentes no NDVS:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> mesa Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> cadeira Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> computador Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> impressora Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> scanner Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> <i>pen drive</i> Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> aparelho de fax Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> telefone Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> copiadora Quantas? ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>datashow</i> Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> televisão Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> vídeo cassete Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> tela de projeção Quantas? ____ | <input type="checkbox"/> microondas Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> cafeteira Quantas? ____ |
| <input type="checkbox"/> ar condicionado Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> aparelho de DVD Quantos? ____ | <input type="checkbox"/> bebedouro Quantos? ____ |
| <input type="checkbox"/> material de escritório | <input type="checkbox"/> veículo Quantos? ____ | |
| <input type="checkbox"/> outros _____ | | |

observações _____

4 – Linha telefônica: sim não
observações _____

5 – Acesso a internet: sim não

observações _____

6 - Sala de reunião: sim não

observações _____

II – PROCESSO DE TRABALHO

1 – Mantém registro das atividades: sim não

a) Caso afirmativo, especificar a forma de registro _____

2 – Organização das atividades diárias:

excelente muito bom bom regular deficiente

observações: _____

3 – Entrosamento entre os técnicos da equipe:

excelente muito bom bom regular deficiente

observações: _____

4 – Comprometimento dos técnicos com as atividades desenvolvidas:

excelente muito bom bom regular deficiente

Observações _____

5 – Desenvolvimento de ações relacionadas às competências do NDVS:

sim não

Especificar _____

6 – Observações finais:
