



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Estanislene Oliveira Brilhante Silva

Avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro-Oeste

Rio de Janeiro
2017

Estanislene Oliveira Brilhante Silva

Avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro-Oeste

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde

Orientador: Prof. Dra. Rosely Magalhães de Oliveira

Rio de Janeiro
2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586a Silva, Estanislene Oliveira Brilhante
Avaliação do processo de condução e organização da
Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso
na região Centro-Oeste. / Estanislene Oliveira Brilhante Silva. --
2017.
105 f.

Orientadora: Rosely Magalhães de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Planejamento em Saúde.
3. Saúde Pública. 4. Gestão em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

Estanislene Oliveira Brilhante Silva

Avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro-Oeste

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovado em 23 de novembro de 2012

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a Marina Atanaka dos Santos
1^a Examinadora
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof. Dr^a Marly Marques da Cruz
2^a Examinadora
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr^a Rosely Magalhaes de Oliveira
Presidente da Comissão Examinadora
ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro
2017

Dedico a todo cidadão brasileiro, usuário e patrocinador do Sistema Único de Saúde, pela oportunidade de qualificar-me a bem do serviço público de nosso país.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus por permitir aguçar meu senso crítico com a finalidade de ser útil aonde quer que eu vá;

À Secretaria de Vigilância em Saúde, por intermédio de sua política de qualificação profissional que me permitiu a realização do mestrado;

À Escola Nacional de Saúde Pública, por meio da Coordenação de Pós-Graduação em Saúde Pública, que visionou o presente curso;

À minha orientadora, Professora Doutora Rosely Magalhães de Oliveira, pela valiosa ajuda, críticas, sugestões e estímulo. Sob sua orientação, tive segurança no caminho a seguir, fator fundamental para a conclusão deste trabalho;

À Professora Doutora Marly Marques da Cruz, pelo estímulo na condução do processo de construção e conclusão de mais esta etapa de formação em minha trajetória profissional. Admiro pela *leveza* com que resolve os mais diferentes desafios;

À Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, por intermédio da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, que permitiu a realização deste estudo. Em especial a todos que fazem parte dessa instituição e contribuíram para a elaboração deste trabalho;

Aos Professores que nos incitaram a buscar uma ferramenta de trabalho riquíssima e fundamental, o conhecimento, para desenvolver o *saber fazer*;

Aos colegas do curso que acreditaram, assim como eu, que a *bondade tem de ser competente*;

Aos que gentilmente participaram das entrevistas e que foram fundamentais para a construção deste estudo. Sem vocês nada disso teria acontecido.

Aos que fizeram parte e aos que ainda integram a equipe do Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde, pelo apoio incondicional na minha formação. Em especial, as diretoras (Heloísa Machado, que autorizou minha participação no processo seletivo deste mestrado, a Cláudia Medeiros, a Gilvânia Cosenza, a Sônia Brito que sempre me apoiaram na continuidade do curso), aos técnicos Ivenise Leal Braga, Vanessa Carla Cardozo, Josemir Nunes da Silva, Carolina Magalhães, Liliana Fava, Raquelina Maria de Aguiar, e Maura Beatriz Drago Dorneles, pela presteza e contribuição singular.

A Fabiano Geraldo Pimenta Júnior pela preciosa conversa, fundamental para ampliar minha compreensão sobre o tema escolhido, com indicações difíceis de conhecer sem a ajuda de atores que foram protagonistas nesse processo;

A Milena Maria do Amaral Bastos pela ajuda e incentivo para que eu cursasse este mestrado.

Aos meus amigos pelo apoio, em especial a Antonia Teixeira pelas críticas e sugestões sempre muito bem-vindas.

A Estanislau Alves Brilhante (*in memoriam*) e Luzia Oliveira Brilhante, meus pais, que sempre nos fizeram acreditar que é possível alcançar o que se deseja por meio da educação;

A todos os membros de minha família, esposo, tias, irmãos, primos, sogros, sobrinhos, que torceram para que concluísse este curso

Agradeço, finalmente, aos meus filhos, Lucas e Marina, presentes de Deus e meus maiores estímulos para ser uma pessoa melhor.

Para ser sábio, é preciso primeiro temer a Deus, o SENHOR. Os tolos desprezam a sabedoria e não querem aprender.

Provérbios 1:7 – NTLH

RESUMO

O trabalho se propôs estudar o processo de organização e condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), a fim de descrever, analisar e emitir julgamento de valor sobre a implantação da PAVS nessa esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia adotada foi um estudo de caso único, selecionada mediante critérios previamente definidos, com níveis de análise imbricados, incorporados a avaliação normativa, com base em materiais e métodos qualitativos. Esse método possibilitou descrever a intervenção e o contexto real em que ela ocorre. A coleta de dados se deu por meio da triangulação de métodos através de: análise documental, entrevista semi-estruturada com gestores, ex-gestores, e profissionais da área. As categorias de análise e de julgamento correspondem aos componentes: articulação e mobilização; produção da informação; homologação; e monitoramento e avaliação. Para cada componente foram definidas três dimensões institucionais estratégicas: política; técnica; e organizacional. Foram construídos indicadores distribuídos nas categorias: bom - indicador contemplado integralmente, regular – indicador contemplado parcialmente, insuficiente – indicador contemplado de forma incipiente, e crítico – indicador que não teve nenhum requisito contemplado. Os resultados da pesquisa indicaram que a PAVS está incorporada no âmbito da SES/DF, como uma das programações instituídas, sendo seu acompanhamento realizado de forma transversal. Concluindo, o estudo demonstrou que a PAVS vem contribuindo no aperfeiçoando do Sistema de Vigilância em Saúde à luz dos pactos estabelecidos nas três esferas de gestão do SUS, com destaque para o monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde que propicia aos tomadores de decisões, ferramentas indispensáveis na definição das prioridades a serem elencadas para o desenvolvimento de um planejamento eficaz.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde. Planejamento em Saúde. Saúde Pública. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The work proposed to study the process of organization and conduct of Programming Health Surveillance Actions (PAVS) of the State of Health of the Federal District Secretariat (SES / DF) in order to describe, analyze and deliver value judgment on deployment PAVS of this sphere of management of the Unified Health System (SUS). The methodology adopted was a single case study, selected by previously defined criteria, with intricate levels of analysis, corporate normative evaluation, based on qualitative methods and materials. This method made it possible to describe the intervention and the actual context in which it occurs. The data collection was carried out through triangulation methods through document analysis, semi-structured interviews with managers, former managers, and professionals. The categories of analysis and judgment correspond to the components: coordination and mobilization; production of information; homologation; and monitoring and evaluation. For each component were defined three strategic institutional dimensions: political; technique; and organizational. Distributed in the categories indicators were constructed: good - indicator fully contemplated, regular - window partially covered, insufficient - indicator contemplated incipient and critical - window that had no requirement contemplated. The survey results indicated that PAVS is incorporated under the SES / DF, as one of the established schedules, and its monitoring carried out across the board. In conclusion, the study showed that PAVS has contributed in improving the Surveillance System Health in the light of the covenants established in the three SUS management levels, with emphasis on the monitoring and evaluation of health surveillance actions that provides the decision makers indispensable tools in setting priorities to be listed for the development of effective planning.

Keywords: Health Surveillance. Health Planning. Public Health. Health Management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia e Controle das Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiado de Gestão regional
CGS	Colegiado de Gestão em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAGVS	Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde
DASIS	Departamento de Análise e Situação de Saúde
DF	Distrito Federal
DIGEPLAN	Diretoria de Gestão e Planejamento
DIGES	Diretoria Técnica de Gestão
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
ENSP	Escola nacional de Saúde Pública
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GCONF	Gerência de Controle de Frotas
GEAT	Gerência de Apoio Técnico
GEPLAMA	Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
GISV	Gerência de Insumos para a Vigilância em Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GTVS	Grupo Técnico de Vigilância em Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA	Lei Orgânica da Saúde
M&A	Monitoramento e Avaliação em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NABP	Núcleo de Aquisição de Bens Permanentes
NAMC	Núcleo de Avaliação de Materiais de Consumo e cirúrgicos
NAMF	Núcleo de Acompanhamento de Manutenção de Frotas
NASRI	Núcleo de Aquisição de Serviços e Repasse das Informações de Execução Orçamentária
NCONF	Núcleo de Controle de Frotas
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NMA	Núcleo de Monitoramento e Avaliação
NMP	Núcleo de Material e Patrimônio
NOB	Norma Operacional Básica
NPDA	Núcleo de Protocolo e Documentação Administrativa
NSI	Núcleo de Suporte à Infraestrutura
NSPT	Núcleo de Apoio à Gestão de Pessoas e Simplificação de Processos de Trabalhos
NTI	Núcleo de Suporte e Tecnologia da Informação
NUPLAN	Núcleo de Planejamento
PAP-VS	Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PFVPS	Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPI-ECD	Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
PPI-VS	Programação pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
PS	Plano de Saúde
PVVPS	Piso Variável de Vigilância e Promoção de Saúde

RA	Regiões Administrativas
RAG	Relatório Anual de Gestão
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SVS/SES/DF	Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
VIGITEL	Vigilância dos Fatores de Risco por Amostragem das Capitais por Telefone
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1.1 Gestão descentralizada em Vigilância em Saúde - Aspectos epistemológicos	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1.2 A Programação das Ações de Vigilância em Saúde	24
2.2 – Aspectos teóricos da avaliação	26
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2 Específicos	31
4. MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1. Desenho do estudo	32
4.2 Seleção do caso	32
4.3 Procedimentos Metodológicos	32
4.5 - USUÁRIOS POTENCIAIS DA AVALIAÇÃO	42
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	43
5. RESULTADOS	44
5.1 Modelo Lógico da PAVS nas três esferas de gestão do SUS, referente aos anos de 2010 e 2011.	44
5.2 Breve caracterização do Distrito Federal	48
5.2.1 Aspectos administrativos e assistenciais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	49
5.2.2. Aspectos Administrativos e Operacionais da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, do Distrito Federal	52
5.3 Caracterização do processo de condução e organização da PAVS no DF	53
5.3.1 Sub-componente 1: articulação e mobilização	53
5.3.2 Componente 2: Produção da Informação	58
5.3.4 – Componente 3: Homologação	62
5.3.5 Componente 4: Monitoramento e Avaliação	64
5.4 Estimativa do grau de implementação da PAVS no DF	69
6. DISCUSSÃO	72
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIÇÕES APRENDIDAS	75
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	83

1. INTRODUÇÃO

1.1 Gestão descentralizada em Vigilância em Saúde - Aspectos epistemológicos

A descentralização das ações de saúde, advindas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), desencadeou a cada esfera de gestão do SUS a cultura de planejamento e gestão, sendo o planejamento um componente fundamental na projeção da ação, pois permite melhorar o desempenho e o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2004).

Na área da epidemiologia e controle de doenças, a Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 (NOB SUS 01/96), referenciou pela primeira vez no instrumento de pactuação entre as três esferas de gestão, a “Programação Pactuada Integrada” (PPI), assim como a definição de um dos componentes de transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde (MS) para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (BRASIL, 2006).

No ano de 1998, iniciou um processo de institucionalização dos instrumentos de gestão nesse campo, concluído no ano de 1999, com as diretrizes de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças e possibilitou aos estados e municípios à certificação para a gestão dessas ações.

Essas diretrizes eram denominadas de Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), financiada por meio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)¹, sendo a gestão nacional de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) até meados de 2003.

A PPI-ECD era um instrumento de planejamento e acompanhamento das metas pactuadas entre as três esferas de gestão do SUS definida como “*Conjunto de atividades, de metas e de recursos financeiros, pactuados entre a Funasa, Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS, relativos à área de epidemiologia e controle de doenças*” (Instrução Normativa N°. 02/2001).

A PPI-ECD era definida anualmente e estava estruturada em atividades e metas agrupadas em 13 módulos (Quadro 1). As metas eram estabelecidas a partir da situação epidemiológica de cada ente federado, sendo consideradas quanto: 1. Notificação; 2.

¹ Portaria GM/MS n°. 1.399/1999 – Regulamentou a NOB SUS 01/96 quanto às competências da União, dos estados e dos municípios e do Distrito Federal

Investigação; 3. Vacinação; 4. Controle de vetores; e 5. Demais ações na área. (BRASIL, 2003).

Quadro 1. Módulos definidos anualmente na Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças

1. Notificação de doenças e agravos	8. Monitorização de agravos de relevância biológica
2. Investigação epidemiológica	9. Divulgação de informações epidemiológicas
3. Diagnóstico laboratorial de confirmação de doença de notificação compulsória	10. Elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia
4. Vigilância ambiental/fatores não biológicos	11. Alimentação do sistema de informação
5. Vigilância de doenças transmitidas por vetores	12. Educação em saúde e mobilização social
6. Controle de doenças	13. Supervisão
7. Imunizações	

Fonte: Instrução Normativa Funasa nº. 02/2001

Os critérios de avaliação da PPI-ECD deveriam contemplar, principalmente, o alcance das metas estabelecidas, incluindo justificativa técnica para aquelas que apresentavam variações significativas; demonstrativo da aplicação dos recursos oriundos do TFECED, e demonstrativo da utilização da contrapartida pactuada.

O não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD pelo estado ou município era um dos critérios de suspensão dos recursos do TFECED. Entretanto, apesar de nem sempre alcançarem as metas pactuadas, não houve suspensão de repasse desses recursos aos estados e municípios por esse motivo.

No ano de 2003, o MS definiu que as ações de epidemiologia e controle de doenças, doenças transmissíveis, vigilância sanitária, e vigilância e saúde do trabalhador, ficassem sob a gestão de uma nova estrutura organizacional dentro do MS, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). No ano de 2004, foi substituída a expressão “vigilância epidemiológica e controle de doenças” por “vigilância em saúde”² (PAULINO, GV 2008 pag.12).

O MS institucionalizou as competências das esferas de gestão do SUS na área de vigilância em saúde, estabeleceu quatro estratos de financiamento compartilhado e consolidou o instrumento de planejamento e acompanhamento das ações nessa área.

As ações de vigilância em saúde eram pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e recebiam o nome de Programação Pactuada

² Portaria GM/MS nº. 1.172/2004

Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS), constituídas de orientações básicas na área de vigilância em saúde com vistas ao alinhamento da gestão compartilhada e aos instrumentos de planejamento e gestão (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006)^{3,4}.

No ano de 2006 foi estabelecida uma nova orientação para o processo de gestão do SUS, as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, que propiciou a unificação dos processos de pactuação dos indicadores, ocasionando a necessidade de estabelecer fluxos e rotinas, e substituiu a PPI-VS pela Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAVS) (BRASIL, 2006).

BASTOS (2009), em sua pesquisa sobre a pactuação interfederativa na área da atenção básica cita que “...a diversidade de contextos estruturais, organizacionais e políticos dos municípios e estados brasileiros delinea formatos distintos de organização do sistema de saúde que influenciam sobremaneira a operacionalização das políticas no setor”.

Esse mesmo autor, descreveu alguns problemas identificados pelos gestores do SUS para o alcance das pactuações feitas no âmbito da atenção básica. Quais sejam:

Insuficiente envolvimento dos gestores, não utilização do pacto como instrumento de gestão, ausência ou insuficiência de controle social, falta de consenso sobre concepção e serviços de atenção básica, fragmentação do processo, falta de capacitação de gestores, profissionais e conselheiros para elaboração e acompanhamento do pacto, insuficiente articulação das áreas técnicas, falta de processo sistemático para monitoramento dos pactos nas três instâncias de governo, insuficiente assessoria do MS aos estados e desses aos municípios, deficiência estrutural de equipamentos de informática e de acesso a internet, terceirização dos Sistemas de Informações em Saúde, indisponibilidade e atraso na disponibilização de bancos de dados nacionais, baixa confiabilidade ou validade dos bancos de dados e dificuldades na alimentação desses bancos (Brasil, 2003).

As pesquisas realizadas sobre o tema que tratasse dos instrumentos de gestão na área da vigilância em saúde, foram incipientes. Fato esse que reforça a ideia de que o que se desenvolve na prática das diferentes instâncias de gestão do SUS, nesse âmbito, ainda é pouco dialogado com a comunidade científica (BASTOS, 2009).

No processo de organização da PAVS, esse instrumento teve a proposta de ser dinamizador na medida em que procurou apresentar as seguintes características⁵:

³ Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - são instâncias de negociação e articulação entre os gestores do SUS, em que a Bipartite é formada por representantes estaduais e municipais de saúde, e a Tripartite por representantes das três esferas de gestão do SUS.

⁴ A PPI-VS foi estabelecida pela Instrução Normativa nº 1, de 08 de dezembro de 2003, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Passou por vários ajustes e remodelamento até ser definido como Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), em 2008. Tema esse, abordado com maior detalhe no decorrer do estudo.

1. Processo aglutinador de experiências e práticas que fortalecem a implementação da vigilância em saúde integrada a atenção primária à saúde nas gestões municipais e estaduais do SUS;
2. Entendido como instrumento qualificador do processo de gestão do SUS;
3. Utilizado cotidianamente para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde;
4. Construído de forma articulada pelas três esferas de gestão do SUS;
5. Instrumento de monitoramento utilizado pelos gestores;
6. Com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS

A diversidade de contextos estruturais, organizacionais e políticos das esferas de gestão do SUS, principalmente dos municípios, torna-se heterogênea a organização do sistema de saúde e pode influenciar os resultados das políticas no setor. No caso da PAVS, há uma responsabilização compartilhada em cada âmbito de atuação do SUS para que se almeje um sistema de vigilância em saúde eficaz (BRASIL, 2009).

BASTOS (2009), identificou quatro componentes do processo de condução dos indicadores do pacto da atenção básica: articulação e mobilização; produção da informação; homologação; e monitoramento e avaliação. Para cada componente foi definido três dimensões estratégicas: política; técnica; e organizacional. Esse modelo foi adaptado nesta avaliação por possuir características semelhantes ao objeto de estudo.

O componente articulação e mobilização é a etapa inicial do processo de definição das ações a serem pactuadas. Antes mesmo de publicar as diretrizes norteadoras da PAVS, são alinhadas na CIT. Após essa etapa, o MS informa às SES sobre a programação, que por sua vez, transmitiam aos gestores municipais de saúde.

O componente produção da informação possibilita às SES e às SMS, identificar quanto as prioridades elencadas e os resultados alcançados dos acordos firmados em anos anteriores, e a partir dessas informações, subsidiam na definição de novos acordos.

O componente homologação é a etapa final da definição e aprovação das ações programadas, pois legitima a aliança nas três esferas de gestão do SUS e nos Conselhos de Saúde quanto as prioridades das ações estabelecidas para o alcance dos pactos firmados na área da vigilância em saúde.

⁵ BASTOS, 2009 citando Medina et al, 2000.

O componente monitoramento e avaliação corresponde a duas etapas:

1. A primeira, refere-se ao acompanhamento do processo de definição da PAVS pelas SES e SMS, a fim de garantir o cumprimento do prazo definido em portaria;
2. A segunda, refere-se ao desempenho das SES e SMS em relação às metas firmadas, ocasionando os ajustes possíveis e oportunos de ações para alcance das metas e melhoria dos resultados.

Quanto às dimensões política, técnica e organizacional:

1. Dimensão política – refere-se às relações de poder durante o processo de negociação e definição das prioridades das ações de saúde a serem desenvolvidas no território. Está diretamente relacionado ao compromisso e mobilização de atores interessados na definição de metas e de indicadores, assim como na “articulação dos processos de programação e pactuação existentes, divulgação e discussão de resultados”.
2. Dimensão técnica – refere-se ao envolvimento e a participação dos profissionais da área na indicação e na discussão das ações consideradas prioritárias a serem pactuadas com os atores interessados, assim como na assessoria durante o processo de pactuação, de produção de informações e divulgação, de elaboração de documentos, de validação de planilhas de pactuação, de homologação e monitoramento dos processos.
3. Dimensão organizacional – refere-se à conduta da instituição quanto à articulação e divulgação da PAVS a fim de reunir estratégias de envolvimento dos gestores municipais e estaduais, e de acompanhar a situação dos acordos estabelecidos nos municípios, e ainda, para realizar monitoramento e avaliação.

Nesse aspecto, este estudo teve o propósito de avaliar o processo de organização da PAVS no âmbito da SES/DF e se justifica pela necessidade de sistematizar e aprofundar questões acerca da condução de pactuação de prioridades elencadas no âmbito da vigilância em saúde relacionada ao contexto institucional.

É relevante pela insuficiência de produção científica referente ao tema de forma que possibilite contribuir para o fortalecimento dos pactos firmados e da cultura avaliativa no âmbito do SUS.

Teve sua origem nos problemas identificados para implementação da PAVS e na necessidade de conhecer um pouco mais os processos de trabalhos nas SES pelo âmbito federal.

Considerando que a PAVS é um instrumento de gestão em saúde implementado no ano de 2009, este estudo procurou responder a seguinte pergunta avaliativa: qual o grau de

implementação da PAVS na SES/DF considerando os componentes: articulação e mobilização; produção da informação; homologação; e monitoramento e avaliação?

2. REVISÃO DA LITERATURA

O processo de descentralização da saúde foi impelido e instigado pelo Ministério da Saúde mediante a instituição de sucessivos instrumentos normativos, editados a partir dos anos de 1991, que a princípio eram rígidos, válidos para todas as esferas de gestão, sem considerar os critérios loco-regionais e a assimetria dos municípios (Goulart, 2001).

Muitos municípios no Brasil ainda não alcançaram êxito no que refere a *autonomia político-administrativa plena*, consideradas as interfaces imprescindíveis com Estados e União, resultando na fragilidade entre o planejamento e a ação. Nesse sentido, considera-se um dos aspectos fundamentais na descentralização da saúde, a regionalização, por aproximar as gestões estaduais e municipais de saúde ao usuário (Beltrammi, 2008).

A regionalização é uma das estratégias para a saúde, destacada nas diretrizes e normativas que trouxeram ferramentas de pactuações interfederativas sob a égide do planejamento ascendente. (Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990; Normas Operacionais Básicas (1993 e 1996); Normas Operacionais de Assistência à Saúde; Pacto pela Saúde, em 2006; e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP, em 2011).

Essa estratégia foi fortalecida por meio das Conferências Nacionais de Saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, deu energia às diretrizes nacionais da regionalização. No ano de 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde ressaltou a importância da municipalização como a base dos caminhos a serem percorridos pelo SUS.

As XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde ocorridas nos anos de 2003 e 2007, respectivamente, destacaram a regionalização com ênfase na qualidade do acesso, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

O Pacto pela Saúde consolidou alguns marcos conceituais da regionalização, dentre eles: territorialização, flexibilidade nas representações das regiões, colaboração entre os gestores, cogestão, financiamento solidário, participação do controle social, dentre outras. (Beltrammi, 2008).

O COAP é um pacto de colaboração solidária entre as três esferas de gestão do SUS, por meio de um planejamento ascendente e gestão em saúde, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo prestar serviços de qualidade à saúde da população (Decreto presidencial nº 7.508, de junho de 2011).

Está composto de quatro eixos interligados, quais sejam: organização; executivas, onde são especificados as metas e os indicadores regionais; orçamentárias; monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria.

O planejamento ascendente possui destaque na agenda da gestão interfederativa, sendo delineado a partir das necessidades da população adstrita na Região de Saúde, em consonância com os perfis epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos, concretizada nos instrumentos de planejamento e gestão (Pereira e Tomasi, 2016)

Nesse aspecto, o COAP pode ser visto como uma *política de saúde*, no sentido de procurar atender a uma resposta social dos entes federados mediante as condições de saúde (individuais e coletivas) e seus determinantes, relativamente à *produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente* (Paim e Teixeira, 2006).

Verifica-se que, embora tenha sido materializado a descentralização do sistema público de saúde no Brasil, no início do século XXI, a gestão federal, por sua vez, ainda exerce funções normativas e financeiras *questionadas quanto à sua eficácia na estruturação de um sistema de saúde efetivo, eficiente, equânime e democrático* (Andrade e Narvai, 2013).

Para Junqueira (1997), a descentralização, apenas, não configura a sua eficácia, por não atender as necessidades do cidadão em sua totalidade. O autor denomina essa situação de *dicotomia* que pode ser superada pela intersectorialidade, pela ação conjunta das políticas sociais.

A descentralização na área da vigilância, foi a última a ocorrer. No início da década de 1990 houveram discussões aprofundadas sobre a importância da inclusão de estratégias organizadas e integradoras ao SUS, visando o seu fortalecimento, e fazendo com que esse sistema não fosse visto apenas como um sistema cingido à prevenção e ao controle de doenças, mas que respondesse, diligentemente, ao processo saúde-doença (Gondim, 2008; Teixeira, 2001).

Uma das estratégias elencadas foi no campo da vigilância, sendo proposto o modelo da vigilância em saúde, por ser considerado um sistema que busca responder as necessidades e aos problemas de saúde de forma articulada e interligada com conformações direcionadas às necessidades de saúde da população de cada território (Oliveira e Cruz, 2015).

Segundo Paim, há no Brasil dois modelos de atenção à saúde denominados de “o modelo médico assistencial privatista” e o “modelo assistencial ‘sanitarista’” que se conversam em determinados momentos e divergem em outros (Paim, 2003).

O “modelo médico assistencial privatista” é o predominante no Brasil, sendo sua base direcionada ao doente e o profissional da saúde é considerado o centro desse modelo. Por conseguinte, os problemas de saúde da população geral não são vistos de forma a desenvolver ações coletivas. (Andrade e Narvai; 2013)

Já o “modelo assistencial ‘sanitarista’” é caracterizado por enfrentar os problemas de saúde elegíveis e nas particularidades de determinados grupos, como exemplo: as campanhas e programas direcionados (doenças em eliminação, controle da tuberculose, controle da malária, pré-natal, imunização, dentre outros), lembrando às ações *higienistas*, características da saúde pública no Brasil durante o século XX (Teixeira, CF, 2002; Andrade e Narvai, 2013)

Como contraponto, a vigilância em saúde é identificada como um modelo de atenção que congrega “o modelo médico-assistencial privatista” e o “modelo assistencial ‘sanitarista’” sem limitar-se aos mesmos. Corresponde, nesse sentido, a um sistema que planeja, organiza, executa, avalia as ações de saúde e sugere alternativas de implementação considerando atores essenciais - sociedade organizada e o técnico-profissional - principalmente. (Paim, *et al.*, 1998; Andrade e Narvai, 2013).

Sob a égide de que esse modelo é capaz de agir como base *político-institucional para o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde*, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no ano de 2003, e deu impulso, especialmente, às gestões estaduais e municipais de saúde com ferramentas inovadoras capazes de proporcionar um pensamento arrojado acerca do SUS e da saúde pública (Oliveira e Cruz, 2015)

Para Oliveira e Cruz (2015), a vigilância em saúde, embora com os avanços na reorganização do sistema de vigilância no Brasil, ainda apresenta “caixinhas” – entendidas como subdivisões, em áreas ou setores distintos e formais que atuam individualmente, indicando a necessidade de integração das diferentes áreas que a compõe, a fim de equilibrar e fortalecer a capacidade de gestão do sistema.

2.1.1 Apoio do Ministério da Saúde aos estados e municípios na área de vigilância em saúde

As atribuições assumidas pelos gestores, assim como a gestão na área de vigilância em saúde, necessitavam de um olhar permanente, compartilhado entre os entes federados por parte da gestão federal. Dentre as prioridades da SVS/MS, está o assessoramento aos estados, aos municípios de capitais, e em 25% dos municípios com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2006 pág. 25).

Nesse sentido, a SVS instituiu no ano de 2003, um grupo técnico (GT) de monitoramento formado por servidores, multiprofissionais, vindos da Funasa, lotados nos núcleos estaduais do MS, integrados à SVS, com os objetivos de (BRASIL, 2006 pág.25)⁶:

1. Colaborar com as gestões estaduais e municipais de saúde no aprimoramento do sistema de vigilância em saúde;
2. Fortalecer a importância do trabalho integrado para o alcance dos resultados esperados⁷, promovendo discussão colegiada entre as várias áreas técnicas da SES e SMS; e
3. Avaliar a qualidade da execução das ações pactuadas

O apoio técnico é realizado com a participação das SES e/ou das SMS, a fim de fomentar a socialização de informações específicas de cada área, destacando sempre a importância do trabalho integrado entre a vigilância em saúde e a atenção básica para o alcance dos resultados esperados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009)⁸.

No ano de 2003 iniciou o monitoramento no estado do Rio de Janeiro, na SES e em quatro SMS, a partir do projeto piloto em que foram testados e validados os instrumentos e a metodologia de trabalho (BRASIL, 2007).

Conforme as diretrizes estabelecidas pela SVS, o monitoramento deveria permitir a socialização de informações específicas a cada área, reforçando a importância do trabalho integrado para o alcance dos resultados esperados, promovendo discussão colegiada entre as várias áreas técnicas das SES e SMS.

Essas diretrizes foram validadas pelos demais estados e municípios que consideraram o monitoramento da SVS essencial para o planejamento e programação das atividades de vigilância em saúde, além de estimular processos similares nos municípios⁹.

⁶ Fortalecimento da política de monitoramento e avaliação da SVS – relatório de Consultoria de Junho de 2009

⁷ Documento Interno: Processo de Monitoramento integrado entre a Secretaria de Vigilância em Saúde, ANVISA e do Departamento de Atenção Básica

⁸ Documento Interno: Processo de Monitoramento integrado entre a Secretaria de Vigilância em Saúde, ANVISA e do Departamento de Atenção Básica

⁹ Pesquisa NEPP-UNICAMP realizada em 2007, sob o título Gestão Descentralizada de Vigilância em Saúde: Análise da Capacidade Institucional para a Condução Estratégica e Implantação Integrada do Sistema a Nível Local

Nas SES, o acompanhamento era realizado semestralmente e nas SMS, anualmente. A equipe técnica utilizava instrumentos específicos nas visitas com base na PPI-VS que eram revisados e atualizados em conformidade com as prioridades definidas pelos entes federados.

Os produtos das visitas técnicas, conhecidos como “Relatório Síntese”, eram encaminhados aos gestores estaduais e municipais de saúde, e podiam ser lidos em publicações da SVS/MS sob o título “Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Relatório de Situação (2005, 2006 e 2007)” (MELO, 2008).

Segundo MELO, nesses “Relatórios Sínteses” havia “controvérsias” no processo de trabalho realizado pelo apoio técnico da SVS/MS aos estados e municípios, assim como para o monitoramento.

Nas publicações da SVS e nos documentos internos, o marco teórico utilizado para a descrição da prática de monitoramento não é referenciado, os objetivos do monitoramento assumem diversas definições, os produtos esperados pelas áreas técnicas da SVS não estão explicitados e os resultados esperados não estão detalhados, gerando controvérsias. (MELO, 2008).

No ano de 2005, a SVS/MS avaliou o processo de monitoramento da PPI-VS realizado pelas Unidades Federadas (UF) e pelo Distrito Federal (DF). Para a avaliação, foram considerados os produtos das visitas de apoio técnico aos estados e municípios elegíveis realizados pelo MS, na área de vigilância em saúde.

Segundo Paulino (2008) a conclusão da avaliação foi que 26 SES acompanhavam as ações de vigilância em saúde periodicamente e que possuíam equipe técnica para realizar essa atividade. Alguns pontos foram destacados na avaliação:

1. Não foram evidenciados os objetivos do monitoramento;
2. Não foram identificadas as ações que eram desenvolvidas;
3. Os limites e possibilidades deste monitoramento não ficaram claras; e
4. As implicações ou consequências do monitoramento na rotina de trabalho da área de vigilância em saúde pelas SES não foram descritas.

2.1.2 A Programação das Ações de Vigilância em Saúde

No ano de 2009, o MS, em consenso com as representações das gestões estaduais e municipais de saúde, revogou a PAP-VS e elaborou a Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), que foi revista e legitimada pelo GT-VS¹⁰.

A PAVS é um elenco norteador de ações, com o objetivo de subsidiar a Programação Anual de Saúde (PAS) das gestões de saúde: 1. Nacional; 2. Estaduais; e 3. Municipais, para o alcance das metas do Pacto pela Saúde nas dimensões do Pacto pela Vida, do Pacto de Gestão, e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS)¹¹.

A PAVS seguiu a premissa do planejamento ascendente, isto é: procurou atender as necessidades da gestão municipal, gestão estadual, e da análise em situação em saúde identificada pela gestão federal, permitindo flexibilidade na definição de suas ações e atividades integradas com a atenção básica à saúde, particularmente com a Atenção Primária à Saúde.

Está organizada em três eixos: (I) Ações prioritárias nacionais – ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e de Gestão; (II) Ações prioritárias segundo critérios epidemiológicos – ações de relevância epidemiológicas para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional; e (III) Ações para o fortalecimento do sistema – ações transversais que contribuem para o fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária (Quadro 3).

No eixo I estão contempladas sessenta ações programadas, distribuídas no Pacto pela Vida e no Pacto de Gestão, sendo:

1. Pacto pela Vida – 1. Atenção à saúde do idoso (uma ação); 2. Controle do câncer de colo do útero e de mama (uma ação); 3. Redução da mortalidade infantil e materna (oito ações); 4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS (vinte e quatro ações); 5. Promoção da Saúde (sete ações); 6. Saúde do Trabalhador (duas ações); 7. Atenção integral às pessoas em

¹⁰ GT-VS Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde: formado por representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde, e do Ministério da Saúde.

¹¹ Informações descritas nas Portarias Ministeriais n.º. 3.252/2010 e 3.008/2009.

situação ou risco de violência (cinco ações), totalizando quarenta e oito ações programadas;

2. Pacto de Gestão, com determinação da prioridade: Responsabilidades gerais da gestão do SUS (doze ações).

No eixo II estão às prioridades segundo critérios epidemiológicos, incluídos agravos de relevância epidemiológica para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional que não foram contempladas no Pacto pela Vida e no Pacto de Gestão¹².

No eixo III estão as ações de fortalecimento do SNVS: sistema de laboratório; Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde; Populações expostas ou potencialmente expostas a áreas contaminadas por contaminantes químicos; Municípios de risco que estejam sob influência de poluição atmosférica no estado; Desastres; Acesso aos imunobiológicos especiais; População exposta a agrotóxicos; Sistema de Informação de Nascidos Vivos; e Fóruns de pactuação, totalizando onze ações programadas.

No ano de 2011, o MS adequou a PAVS às prioridades identificadas pelo SNVS e ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)¹³ (BRASIL, 2011).

A PAVS é definida anualmente e pactuada na CIT. Após essa pactuação, o MS a encaminha para a gestão estadual de saúde, que por sua vez pactua as ações e metas com as gestões municipais de saúde, e aprovam na CIB, resultando em uma Resolução que é enviada ao MS (MELO, SM 2008 pág.15)

No DF, por não ter municípios, a PAVS é aprovada pelo Colegiado de Gestão em Saúde (CGS)¹⁴ que encaminha para o Conselho de Saúde do DF para elaboração da Resolução de aprovação que segue para o MS.

¹² São as prioridades no Eixo II: peste, esquistossomose, filariose, tracoma, leishmaniose tegumentar americana e leishmaniose visceral, raiva, doença de Chagas, leptospirose, acidentes por animal peçonhentos, rotavírus, poliomielite, rubéola, sarampo, febre amarela, e meningites, totalizando trinta e três ações programadas.

¹³ Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

¹⁴ Constituído pela [Resolução Nº 35](#) do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 11 de dezembro de 2007 e reconhecido pela Comissão Intergestores Tripartite, na reunião do dia 26 de novembro de 2009, como uma instância que cumprirá as atribuições e competências estabelecidas para as Comissões Intergestores Bipartite - CIBs, no tocante à operacionalização do Sistema Único de Saúde, conforme Ofício nº 2.433 do MS/SE/GAB, de 30 de novembro de 2009 – http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=21179 - visualizado em 03 de junho de 2012)

Quadro 3. Total de objetivos e ações prioritárias da Programação das Ações de Vigilância em Saúde segundo os eixos definidos na Portaria GM/MS Nº. 3.008/2009.

EIXO I				Prioridades não Contempladas no Pacto pela Saúde e no Pacto de Gestão			
PACTO PELA VIDA	PRIORIDADES	* OB	** AP	EIXO II		EIXO III	
				OB	AP	OB	AP
PACTO PELA VIDA	1. Atenção à saúde do idoso	4	2	16	33	9	11
	2. Controle do câncer de colo de útero e mama	1	8				
	3. Redução da mortalidade infantil e materna	1	8				
	4. Fortalecimento da capacidade de respostas as doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, TB, malária, influenza, hepatite, AIDS	9	24				
	5. Promoção da Saúde	2	7				
	6. Saúde do trabalhador	1	2				
	7. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência	3	5				
PACTO DE GESTÃO	1. Responsabilidade gerais da gestão do SUS	6	12				
TOTAL POR EIXO		27	60				
TOTAL GERAL		OB: 52			AP: 104		

Fonte: Elaboração própria, a partir do Instrutivo para preenchimento da PAVS nas Unidades Federadas 2010 e 2011 disponível no DAGVS/SVS/MS.

*Total de Objetivos (OB)** Total de Ações Prioritárias (AP)

2.2 – Aspectos teóricos da avaliação

No dicionário, avaliar é "estabelecer o valor ou o preço de; determinar a quantidade de;" (Dicionário da língua portuguesa, Houaiss). Entre os avaliadores não há uma uniformidade de opiniões quanto ao conceito de *avaliação*. A avaliação teve suas primeiras referências teóricas descritas na área da educação, no século XIX (Inglaterra e Irlanda) com as "inspeções gerais", e nos Estados Unidos da América com o uso das "provas impressas", com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços educacionais, e de estimar os desempenhos dos alunos (WORTHEN, 2004).

O conceito de “avaliação dos programas¹⁵ públicos” surgiu após a segunda guerra mundial, quando o Estado passou a assumir o papel nos diversos setores da área social, inclusive na saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Para esse autor, os economistas foram “pioneiros” na área da avaliação, pois passaram a desenvolver métodos que analisassem a eficácia dos recursos financeiros do Estado aplicados nos programas públicos (saúde, educação, etc). As estratégias de avaliação adotadas pela área econômica não contemplavam, em sua totalidade, as áreas sociais e da educação.

As primeiras gerações de modelos avaliativos subsidiavam-se em modelos científicos para nortear a metodologia de trabalho no valor do objeto sem levar em conta os contextos (GUBA & LINCOLN, 1986). Segundo Aguilar & Ander-Egg (1995), quando se trata de avaliar serviços ou programas¹⁶, recorre-se à utilização de procedimentos que, apoiados no uso do método científico, proporcionam informações relevantes, a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática.

Na área da saúde, a avaliação vem assumindo um papel cada vez mais relevante, na medida em que a atuação do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornava necessário para o controle das despesas realizadas, a fim de proporcionar aos usuários o acesso suficiente e de qualidade. Atualmente, o conceito de avaliação é resultado de uma série de processos de construção e reconstrução, envolvendo uma interação de diversas influências.

Patton (1981, 1982) reuniu em seis grandes famílias as definições de avaliação, e para cada família, agrupou os diferentes conteúdos em seis categorias. Guba & Lincoln (1990) reconheceu quatro etapas na história da avaliação, a quem denominou de estágios. A passagem de um estágio para outro ocorre com o progresso dos conceitos e o acúmulo de conhecimentos.

O primeiro estágio é a mensuração dos resultados, da produtividade dos trabalhadores, o avaliador é essencialmente um técnico com qualificação suficiente para elaborar e utilizar instrumentos que meçam o que está sendo proposto. O segundo estágio identifica e descreve como os programas alcançam os resultados previstos, e após essa fase, surge o terceiro estágio

¹⁵ Aqui definida como uma abordagem multicêntrica e de múltiplos níveis de avaliação criada e usada para avaliar “conjuntos” de projetos que têm elementos comuns ou que são financiados por uma entidade específica. (WORTEN, et al., 2006)

¹⁶ Programa definido como uma intervenção planejada e constante que procura chegar a alguns resultados específicos em resposta a um problema educacional, social ou comercial detectado previamente. (WORTHEN, et al., 2006)

que é fundamentado no julgamento de uma intervenção. O quarto estágio a avaliação é considerada a partir de uma série de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Várias definições de avaliação vêm surgindo com o intuito de organizar e facilitar essa prática nos programas de saúde nos últimos anos. Para Calsing (1982) e Motta (1989), avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados para emissão de um juízo de valor.

Nessa mesma linha de pensamento, Silva & Formigli (1994) definem a avaliação como um julgamento embasado numa comparação entre o objeto que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente, e o desenho da avaliação refere-se à forma por meio da qual essa comparação será feita.

No campo da saúde, Donabedian (1980) conceituou a avaliação como sendo a tríade “estrutura-processo-resultados” a partir do referencial teórico sistêmico, sendo que a “estrutura” possuía características estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, assim como às condições físicas e organizacionais; o “processo” equivalia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças identificadas na situação de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio.

Por outro lado, Silva & Formigli (1994) enfatizam que este tipo de referencial possui limitações, pois se relacionam com as inconsistências que envolvem a concepção sistêmica para a análise do comportamento real ao uniformizar os fenômenos de natureza distinta.

Para Contandriopoulos, avaliar consiste “fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Para esse autor, o julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se faz a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação em saúde é conceituada sob uma perspectiva interdisciplinar, em que novas estratégias metodológicas estão sendo desenvolvidas, com objetivo, principalmente, de melhorar a qualidade dos serviços de saúde pública, por meio da avaliação de sua implantação, o que permite subsidiar o avaliador na tomada de decisão (MOREIRA, 2002).

Entender a avaliação como instrumento de gestão propicia, aos atores envolvidos, um processo de decisão oportuno, a partir de um arcabouço de resultados reais, confiáveis,

suficientemente abrangentes e que atendam aos objetivos propostos pela avaliação (Tanaka & Melo, 2004).

A abordagem da avaliação com foco na sua utilização foi desenvolvida por Patton (1997), sendo caracterizada como um processo participativo entre os atores envolvidos, com uma investigação sistemática de como ocorre o produto da avaliação.

No campo da avaliação qualquer intervenção se caracteriza por dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, quando se busca estudar cada um dos componentes da intervenção relacionado às normas e a critérios; e a pesquisa avaliativa, que caracteriza-se pelo desejo de “examinar, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção” (CONTANDRIOPOULOS, 2000).

Contandriopoulos (1997), concebe a avaliação como uma atividade de natureza normativa integrada ao campo científico e estabelece a incorporação dos elementos mencionados em sua definição de *pesquisa avaliativa*.

Minayo (2005), descreve que a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa, embora distintas em sua concepção filosófica, possuem os seguintes aspectos da avaliação: ela é uma emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção; deve ser incluída no processo de planejamento das ações; subsidia a gestão, e não visa punir as pessoas atingidas ou envolvidas, mas, visa melhorar seu desempenho, mais ainda, tem um sentido mais nobre que é o de “fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos”.

Penna Firme¹⁷ destaca quatro critérios essenciais para que esse processo de avaliação ocorra: (1) a dimensão de *utilidade*, pois nunca se deve realizar uma avaliação inútil; (2) a dimensão da *viabilidade*, deve ser considerada os aspectos político, prático e de custo-efetividade; (3) a dimensão *ética* que enfatiza o respeito aos valores dos interessados; e (4) a dimensão da *precisão* técnica no processo de trabalho.

A pesquisa avaliativa é definida por Contandriopoulos (1997) “*como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos*”. Para esse autor, a pesquisa avaliativa analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual a pesquisa se localiza, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

¹⁷ Tereza Penna Firme – em “Os avanços da Avaliação no século XXI” identificado em 14 de agosto de 2012, no endereço eletrônico http://www.jurandirsantos.com.br/outros_artigos/ea_os_avancos_da_avaliacao_do_seculo_XXI.pdf

Pode se dividir em seis tipos de análise (estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento, e da implantação), o que implica que, realizar uma pesquisa avaliativa, consistirá, em fazer uma ou várias destas análises.

A avaliação pode relacionar-se a mudança de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou produto dessa mudança, com o objetivo de julgar sobre um programa, a fim de facilitar o seu desenvolvimento e para contribuir com o conhecimento, podendo variar desde a formulação de um juízo de valor qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Ao adotar como foco de trabalho a condução da PAVS, destaca-se um dos elementos da intervenção (o processo). Observa-se que as avaliações de processo de programas sociais são de grande relevância para o campo da saúde na medida em que permitem ao pesquisador analisar processos relacionados à operacionalização de intervenções nesse campo.

Geralmente esse tipo de avaliação serve para responder questões acerca do grau de implementação de um programa, das barreiras que ameaçam seu sucesso, fornecendo subsídios para revisões necessárias e contribuindo para tomada de decisões (WORTHEN, 2006).

Para Minayo (2005), a avaliação é tratada como um processo de construção que envolve diferentes atores, sendo cada vez mais comum, outra abordagem, desmembrando-se do modelo *quantitativista e positivista*, mais especificamente à *avaliação qualitativa*. Essa avaliação, que embora seja apresentada de várias formas, suas abordagens têm um núcleo comum:

(a) Referem-se à necessidade de levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e na implementação dos programas sociais. (b) Consideram as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações. (c) Partem da crença de que é possível simplificar e tornar operativa, para fins de análise de intervenções, a abordagem antropológica. (d) Acreditam que os profissionais das áreas sociais, mesmo sem formação acadêmica em antropologia, teriam condições de aprender o instrumental dessa disciplina, para aplicá-lo na avaliação de ações e instituições, produzindo formas mais sistemáticas de críticas e sugestões de mudanças (MINAYO, 2005 PÁG. 23).

Há uma proposta apresentada por Minayo (2005), denominada de *avaliação por triangulação de métodos* que aborda os três pilares da avaliação: (1) estrutura, processo e resultados, (2) compreensão das relações envolvidas na implementação das ações, (3) visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto, seu desenvolvimento, e as relações hierárquicas e técnicas.

Esta proposta insere atores envolvidos no projeto e no programa como *sujeitos de auto-avaliação*, e depende de condições indispensáveis ao seu desenvolvimento: (1) uma de ordem prática, que necessita de uma equipe interdisciplinar que esteja em sintonia no trabalho cooperativo, que participe de todas as fases da investigação, desde a concepção até a apresentação de resultados; (2) uma de ordem competente disciplinar, de qualificação técnica, com aprofundamento teórico-metodológico em relação ao conhecimento do objeto.

Neste estudo adota-se o conceito de Contandriopoulos (1997), em que consiste em julgar o valor a respeito de uma intervenção ou um de seus componentes com o objetivo de contribuir, aos que possuem a autoridade nos processos decisórios, pois possibilita o esclarecimento da intervenção, por meio de aplicação de critérios que determinam o valor, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o processo de organização e condução da PAVS no Distrito Federal no período de 2009 a 2010, considerando o contexto institucional.

3.2 Específicos

1. Construir o modelo lógico da PAVS referente as três esferas de gestão do SUS;
2. Elaborar matriz de avaliação que subsidie na definição do grau de implantação da PAVS no DF;
3. Analisar o processo de construção da PAVS no DF, considerando os componentes: articulação e mobilização; produção da informação; homologação; e monitoramento e avaliação.
4. Correlacionar o contexto institucional, conformado pelas dimensões estratégicas: política, técnica e organizacional no DF, ao grau de implementação da PAVS.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, baseada em métodos e técnicas quantitativas e qualitativas de análise, em que foram levantadas as condições determinantes para considerar o grau de implementação da PAVS no DF.

É um estudo de caso único com níveis de análise imbricados, por estar correlacionado ao contexto institucional nas seguintes dimensões estratégicas: política; técnica; e organizacional, de cada componente investigado: articulação e mobilização; produção da informação; homologação; e monitoramento e avaliação.

O desenho de estudo foi utilizado nesta intervenção por possibilitar ao pesquisador desenvolver aprofundado o conhecimento sobre o caso. (DENIS & CHAMPAGNE, 1990; HARTZ, 1997; SAMICO et al, 2010).

4.2 Seleção do caso

O DF foi contemplado por atender os critérios de seleção necessários para pesquisa: (1) SES que aderiu a Portaria GM/MS N° 3.008/2009; (2) Monitoramento e Avaliação (M&A) instituído; e (3) fácil acesso geográfico para a pesquisadora.

4.3 Procedimentos Metodológicos

Foram divididos em três etapas: 1. Refere-se à construção do modelo lógico da PAVS; 2. Refere-se à caracterização da PAVS no DF no período de 2009 a 2010; e 3. Refere-se à construção do grau de implantação da PAVS no DF, relacionando-o com o contexto institucional.

- **Primeira Etapa:** Os procedimentos relativos a esta etapa, contribuíram para expor com precisão a PAVS. Deu subsídio para a construção de uma base objetiva sobre o programa entre os elementos que o compõe (componentes, insumos, produtos e resultados) (HARTZ, 1997; MCLAUGHLIN e JORDAN, 1999; ROWAN, 2000; SAMICO, et al, 2010).

Foi realizada a coleta de dados por meio de levantamento documental sobre o programa e por meio de entrevistas com informantes-chaves relacionados à área de intervenção (SAMICO, et al, 2010). Para a seleção dos entrevistados foram considerados os profissionais que trabalham ou trabalhavam diretamente na área de vigilância em saúde e com envolvimento na PAVS, seja no momento de definição das ações, seja no momento de

acordos firmados na CIT, ou ainda no momento de monitoramento e avaliação dessas ações. Esses dois procedimentos:

1. Levantamento e análise documental na SVS/MS referente ao objeto de estudo. Foi realizado no Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DAGVS/SVS/MS) por ter a competência de ser a articuladora de todo o processo de construção, divulgação e acompanhamento da PAVS no âmbito nacional.

Dentre os documentos analisados estavam: (a) diretrizes e normas técnicas – 55 documentos (Portarias, Decretos, Notas Técnicas, Instruções Normativas); (b) relatórios técnicos e produtos de consultoria – 18 documentos; (c) atas de reuniões do GT-VS – 4 Atas; (d) relatórios de gestão – 4 Relatórios; roteiros de monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde realizadas pelo grupo técnico de monitoramento nas SES e SMS, incluindo a SES-DF – 216 roteiros; e informes técnicos disponibilizados no endereço eletrônico da SVS: www.saude.gov.br/svs;

2. Entrevistas com técnicos e gestores do SNVS. Foram elaborados roteiros de entrevistas com o objetivo de facilitar a análise pelo pesquisador, com perguntas que contemplavam os componentes da intervenção (anexos 6, 7 e 8). Esses roteiros foram direcionados aos atores que fazem ou que fizeram parte da gestão da vigilância em saúde no âmbito nacional.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, sendo realizadas em diferentes locais com 3 atores e tiveram duração média de 45 minutos. A proposta inicial seria entrevistar 5 atores. Dos atores entrevistados, 2 exerciam cargos distintos: o gestor do DAGVS/SVS/MS exercia também o cargo de secretário substituto da SVS/MS; o ex gestor da SVS/MS também foi gestor do DAGVS/SVS/MS.

Esse cenário, redirecionou o número de entrevistados, ficando um total de três entrevistados, cujos cargos ocupados no ano de 2011 encontram-se descritos no quadro 7.

Após análise documental e as entrevistas construiu-se o modelo lógico da programação das ações de vigilância em saúde ano 2010/2011. O referencial teórico escolhido para a construção do modelo lógico é o proposto pelo *Centers for Disease Control and Prevention*

(CDC, 1999) adaptando-o às informações obtidas nas diretrizes e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Foi elaborado um protótipo que foi disponibilizado, na forma impressa e por meio eletrônico, aos membros do DAGVS/SVS/MS para análise e contribuição do modelo, a fim de alcançar um desenho mais fidedigno, possível, do objeto.

Quase dois meses após as entrevistas, o modelo foi mais uma vez remetido por meio eletrônico aos entrevistados tendo recebido contribuições dos entrevistados. Nesse sentido, o modelo lógico da PAVS passou por atualizações até chegar à versão apresentada nesta pesquisa.

Segunda Etapa refere-se à caracterização da PAVS no DF no período de 2009 a 2010. Os procedimentos de coleta e análise de dados utilizados foram:

1. Levantamento documental na SES/DF – Foram analisados documentos referentes às ações de vigilância em saúde no período de 2003 a 2011, disponibilizados pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SVS/SES/DF), área responsável pela vigilância em saúde no âmbito distrital.

Ainda, realizado o levantamento documental no endereço eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, como: roteiro de monitoramento e avaliação das ações de vigilância; avaliação de indicadores da vigilância em saúde, avaliação de planejamento estratégico, programação anual de saúde, relatórios anuais de saúde, PAVS 2011, relatórios de situação do Distrito Federal e informes técnicos sobre o objeto de estudo;

2. Entrevistas com técnicos e gestores da SES/DF – Foram elaborados roteiros de entrevistas com o objetivo de facilitar a análise pelo pesquisador, com perguntas que contemplavam os componentes do contexto institucional (anexos 1 a5). Esses roteiros foram direcionados aos atores que fazem parte da gestão da vigilância em saúde. As entrevistas foram realizadas na sede da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, e tiveram duração média de 45 minutos.

A proposta inicial seria entrevistar quatro atores, entretanto, dos atores entrevistados, dois exerciam cargos distintos: o gestor da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, era membro do colegiado de gestão em saúde do Distrito Federal; o técnico da área de monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde, exercia a função de coordenador da área de planejamento.

Esse cenário, redirecionou o número de entrevistados, ficando um total de dois entrevistados, cujos cargos ocupados no ano de 2011 encontram-se descritos no quadro 7.

Os dados da pesquisa foram coletados no período de março a setembro de 2011. Para essa etapa, dois instrumentos foram elaborados e aplicados: roteiro de entrevista (anexo 1 a 5), com base na matriz de avaliação (Quadro 3, 4, 5, e 6) adaptado aos diversos atores contendo cerca de 15 perguntas e roteiro de análise de documentos (anexo 9) com 13 itens, além de levantamento de informações sobre a PAVS no DAGVS/SVS/MS.

Quadro 6 – Características dos entrevistados que contribuíram para esta pesquisa conforme a Instituição abordada, formação profissional, cargos ocupados no ano de 2011 e trajetória profissional

Instituição	Formação profissional	Cargo ocupado no ano de 2011	Trajétoria profissional
SVS/SES/DF	Médico	Subsecretário de Vigilância à Saúde do Distrito federal; membro do Colegiado de Gestão em Saúde da SES-DF	15 anos de trajetória profissional na área de gestão pública
	Enfermeiro	Técnico do M&A, e coordenador do núcleo de M&A.	Mais de 7 anos em nível central de SES/DF
SVS/MS	Médico	Diretor do Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde; Secretário substituto da SVS/MS;	Mais de 15 anos no cargo de gestão em saúde pública
	Engenheiro Agrônomo	Secretário Adjunto na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG	Mais de 20 anos de trajetória profissional na área de gestão pública
	Farmacêutico	Técnica na área de monitoramento e avaliação da vigilância em saúde	Experiência em sistemas de informação, e M&A da vigilância em saúde.

Fonte: SVS/MS; SVS/SES-DF; Declarações dos entrevistados no momento das entrevistas.

De um total de cinco entrevistados, quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade cronológica variando entre 36 a 56 anos, respectivamente. Todos os entrevistados declararam ter conhecimento da PAVS. Ressalta-se, que todos possuem experiência em gestão, gerência ou coordenação em cargos públicos na área da saúde.

Terceira etapa refere-se à construção da matriz de avaliação para correlacionar o contexto institucional, conformado pelas dimensões estratégicas: política, técnica e organizacional da PAVS no DF.

Após revisão das transcrições, as respostas de todos os atores para cada pergunta foram listadas em uma única matriz, sendo em seguida categorizadas e elaboradas uma matriz geral. Essa etapa subsidiou o preenchimento da matriz de avaliação para cada componente e dimensão estratégica.

A partir do preenchimento da matriz de avaliação foi emitido o julgamento de valor e mérito baseado em padrões previamente estabelecidos já apresentados no modelo teórico da avaliação (quadros nº 3 a 6). O mesmo procedimento foi realizado para as respostas dos atores do Ministério da Saúde, e foram considerados, além das gravações das entrevistas, os registros documentais analisados tanto no DAGVS/SVS/MS quanto na SVS/SES/DF correlacionando com as respostas dos entrevistados.

Foram considerados como indefinidos os resultados dos indicadores para os quais as concordâncias e as discordâncias se equiparavam, ou quando a falta de clareza da pergunta ou da resposta impediu que se decidisse pela predominância de concordância ou discordância. Para cada matriz de avaliação foram feitas descrições com evidências identificadas nas entrevistas e nas análises documentais que validaram o mérito alcançado.

Para elaboração da matriz de avaliação foram considerados os componentes:

1. Articulação e Mobilização – Etapa inicial do processo de definição das ações de vigilância em saúde;
2. Produção da Informação – Permite conhecer se o Distrito Federal utilizou as informações referentes aos resultados das metas programadas de anos anteriores para proceder à análise dos resultados e subsidiar a definição de novas metas para alcance do Pacto pela Saúde nas dimensões: Pacto pela Vida e de Gestão e demais prioridades relevantes para o Sistema de Vigilância em Saúde;
3. Homologação – Consiste na etapa final da programação, pois é por meio dele que o Distrito Federal tem seus acordos efetivamente firmados. É o processo de definição e homologação das ações a serem programadas; e
4. Monitoramento e Avaliação – Tem como foco, o desempenho do Distrito Federal em relação aos indicadores do Pacto pela Saúde e demais indicadores considerados de relevância epidemiológica, possibilitando a tomada de decisão de forma ágil e oportuna em relação ao redirecionamento de atividades e ações para alcance das metas pactuadas.

Para cada indicador (Descritos nos Quadros de 2 a 4) foram definidos os padrões de julgamento que se distribuíram entre as categorias: (1) **Bom** - indicador contemplado integralmente; (2) **Regular** – indicador contemplado parcialmente; (3) **Insuficiente** – indicador contemplado de forma incipiente; e (4) **Crítico** – indicador não alcançado.

Ao final estabeleceu-se uma classificação dos componentes institucionais, a saber: (1) **Totalmente implementado** – necessário **ter predominância** do indicador classificado como BOM nos quatro componentes do contexto institucional da SES/DF; (2) **Parcialmente**

implementado – necessário **ter pelo menos um indicador** classificado como BOM para cada componente do contexto institucional da SES/DF; e (3) **Não implementado** – necessário **não ter nenhum indicador** classificado com BOM **ou tê-lo apenas em um dos** quatro componentes do contexto institucional da SES/DF.

Quadro 2

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente ARTICULAÇÃO/MOBILIZAÇÃO

Componente	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS										
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL				
	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento		
ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO	A SVS/SES/DF incluiu o tema da PAVS para debate em reuniões do CGS	Sim, apresentou e discutiu resultados anteriores, novas ações e estratégias de melhoria dos resultados	Bom	A SVS/SES/DF assessorou as Regionais de Saúde na definição da PAVS para o biênio 2010/2011	Sim, assessorou em >=70% RS, discutiu resultados de anos anteriores, de novas ações e elaborou estratégias de melhoria dos resultados	Bom	A SVS/SES/DF recebeu do MS a Portaria da PAVS para o biênio 2010/2011 em tempo hábil e encaminhou com as orientações devidas às suas diretorias	Sim, recebeu em tempo hábil, e encaminhou às suas diretorias e solicitou propostas de ações	Bom		
		Sim, apresentou apenas novas ações propostas	Regular		Sim, assessorou em <=69 RS, discutiu resultados de anos anteriores, de novas ações e elaborou estratégias de melhoria dos resultados	Regular		Sim, recebeu em tempo hábil, e encaminhou às suas diretorias	Regular		
		Sim, incluiu o tema mas não houve tempo hábil para apresentação e debate	Insuficiente		Sim, assessorou parcialmente (não discutiu resultados de anos anteriores, de novas ações e nem elaborou estratégias de melhoria dos resultados)	Insuficiente		Sim, recebeu e encaminhou às suas diretorias, mas não solicitou propostas de ações	Insuficiente		
		Não incluiu o tema para debate no CGS	Crítico		Não houve contato com as RS sobre esse tema	Crítico		Não recebeu em tempo hábil, e nem encaminhou às suas diretorias	Crítico		
		Sim, articulou, discutiu e definiu conjuntamente as prioridades em >=70% das RS	Bom		A SVS/SES/DF articulou internamente com suas Diretorias a definição da PAVS para o biênio 2010/2011, antes de levar a discussão ao CGS	Sim, articulou, e definiu conjuntamente as ações da PAVS com 100% de suas diretorias		Bom	A SVS/SES/DF articulou com as demais Subsecretarias da SES/DF a inserção da PAVS nos instrumentos de planejamento e gestão	Sim, articulou e discutiu ações conjuntamente, principalmente com a atenção básica.	Bom
		Sim, articulou, discutiu e definiu conjuntamente as prioridades em 50% ou <=69 % das RS	Regular			Sim, articulou, e definiu as ações da PAVS com quase todas as suas diretorias		Regular		Sim, articulou mas não discutiu ações transversais as demais subsecretarias da SES/DF	Regular
	Sim, articulou mas não definiu conjuntamente as prioridades das ações de vigilância em saúde	Insuficiente	Sim, articulou, e definiu as ações da PAVS com parte de suas diretorias	Insuficiente		Não articulou com as demais Subsecretarias da SES/DF	Insuficiente				
	Não articulou com as RS	Crítico	Não conversou com as suas diretorias para definir as ações programadas	crítico		Não articulou com as demais Subsecretarias da SES/DF e nem inseriu ações da PAVS nos instrumentos de gestão	Crítico				

Quadro 3

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS								
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL		
	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento
PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO	A SVS/SES/DF utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para a tomada de decisão em relação as ações a serem programadas	Sim, utilizou informações dos com base nos compromissos estabelecidos no Pacto pela Saúde, bem como nas prioridades relevantes para a melhoria do Sistema de Vigilância em Saúde	Bom	A SVS/SES/DF teve acesso ao documento técnico elaborado pelo Ministério da Saúde por ocasião do monitoramento das ações de vigilância em saúde - o Relatório Síntese	Sim, teve acesso e utilizou como subsídio das sugestões de ações	Bom	A SVS/SES/DF elaborou documento técnico contendo análise das ações de vigilância em saúde relativo aos anos anteriores às áreas técnicas	Sim, elaborou documento técnico e utiliza essas informações como base para definições de novas ações e prioridades conjuntamente com as demais diretorias da SVS/SES/DF	Bom
		Sim, utilizou informações dos com base nos compromissos estabelecidos no Pacto pela Saúde,	Regular		Sim, teve acesso e utilizou parcialmente	Regular			
		Sim, utilizou informações técnicas, mas não inseriu nos compromissos de gestão.	Insuficiente	A SVS/SES/DF disponibilizou as Regionais de Saúde o produto da análise das ações de vigilância em saúde, de anos anteriores a fim de subsidiar novas propostas de ações	Sim, teve acesso, mas não utilizou nas definições das ações da PAVS	Insuficiente		Sim, elaborou documento técnico, e utiliza essas informações como base para definição de novas prioridades sem a participação direta das diretorias da SVS/SES/DF	Regular
		Não utilizou informações técnicas e não inseriu nos instrumentos de planejamento e gestão	Crítico		Não teve acesso ao Relatório Síntese do Ministério da Saúde	Crítico			
					Sim, disponibilizou o Relatório Síntese e orientou	Bom			
					Sim, disponibilizou o Relatório Síntese nas Regionais de Saúde.	Regular			
					Sim, disponibilizou para menos de 50% das RS.	Insuficiente			
					Não disponibilizou o Relatório Sínteses para as RS.	Crítico			

Quadro 4

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente HOMOLOGAÇÃO

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS								
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL		
	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento
HOMOLOGAÇÃO	A SVS/SES/DF, ao ter adotado as recomendações do Ministério da Saúde conforme Portaria MS/GM n. 3.008/09, teve sua Programação das Ações de Vigilância em Saúde deliberada pelo Colegiado de Gestão da SES/DF	Sim, encaminhou a Programação das Ações de Vigilância em Saúde ao Colegiado de Gestão da SES/DF, discutiu e foi deliberada	Bom	A SVS/SES/DF realizou a análise de situação de saúde para definir sua Programação das Ações de Vigilância em Saúde antes de encaminhar para o Colegiado de Gestão da SES-DF	Sim, realizou análise de situação com as áreas técnicas das diretorias e discutiu as prioridades das ações a serem propostas no Colegiado de Gestão em Saúde da SES-DF	Bom	A SVS/SES/DF validou as metas no âmbito Colegiado de Gestão da SES-DF	Sim, validou as metas no âmbito do Colegiado de Gestão da SES-DF	Bom
		Sim, encaminhou a Programação das Ações de Vigilância em Saúde ao Colegiado de Gestão da SES/DF.	Regular		Sim, realizou análise de situação com algumas áreas técnicas das diretorias e discutiu as prioridades das ações a serem propostas no Colegiado de Gestão em Saúde da SES-DF	Regular		Não validou metas no âmbito do Colegiado de Gestão da SES-DF	Insuficiente
		Não encaminhou a Programação das Ações de Vigilância em Saúde ao Colegiado de Gestão	Crítico		Não realizou análise de situação com as áreas técnicas, apenas definiu as prioridades com base nos informes de anos anteriores	crítico			

Quadro 5

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS								
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL		
	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento	Indicador	Resultado	Padrão de Julgamento
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	A SVS/SES/DF estabelece em espaços coletivos (colegiados, grupos técnicos, comitês, oficinas) as definições sobre os processos avaliativos	Sim, estabelece sistematicamente espaços coletivos com as áreas técnicas das diretorias para discutir processos avaliativos	Bom	A SVS/SES/DF possui estratégias de monitoramento e avaliação as ações de vigilância em saúde com foco no alcance dos indicadores do pacto pela Saúde e indicadores de relevância epidemiológica	Sim, possui e está institucionalizado.	Bom	A SVS/SES/DF realizou o plano de monitoramento e avaliação para a PAVS	Sim, realizou e está inserida Programação Anual de Saúde	Bom
		Sim, estabelece espaços coletivos com as áreas técnicas das diretorias para discutir processos avaliativos, mas não como rotina	Regular		Sim, possui, mas não está institucionalizado	Regular		Não realizou e nem está inserida na Programação Anual de Saúde	Crítico
		Não estabelece espaços coletivos com as áreas técnicas para discutir processos avaliativos, apenas em momentos pontuais	Crítico		Não possui	crítico			

4.5 - USUÁRIOS POTENCIAIS DA AVALIAÇÃO

A abordagem de estudos avaliativos deve ter caráter formativo, sendo importante a participação de atores-chave nas etapas de seu desenvolvimento (SANTOS, 2005). Nesse sentido, foram identificados usuários potenciais desse estudo, apresentados no quadro 7, bem como os diversos interesses desses atores na avaliação, seus respectivos papéis e estratégias de envolvimento.

Quadro 7 – Usuários potenciais da avaliação segundo interesse, papel e estratégia de envolvimento (Adaptado Bastos, 2009)

Usuário	Interesse na avaliação (uso)	Papel na avaliação	Estratégia de envolvimento
Diretor (a) do DAGVS/SVS/MS	Conhecer as diversas formas de conduzir a PAVS das SES objetivando o alcance dos indicadores do Pacto.	Garantir apoio institucional e financeiro para realização da pesquisa	Apresentar os resultados da pesquisa Enviar sumário executivo
Técnicos das áreas estratégicas DAGVS/SVS/MS	Conhecer diferentes processos de programação das ações da vigilância em saúde desencadeadas no âmbito estadual	Contribuir na elaboração do modelo lógico da PAVS e das matrizes julgamento.	- Submeter às versões preliminares do modelo lógico da PAVS e as matrizes de julgamento por meio eletrônico e agendando encontros presenciais para obter as contribuições com cada técnico envolvido - Apresentar e discutir os resultados da pesquisa
Subsecretário de Vigilância em Saúde	-Conhecer, de maneira sistematizada, a forma de condução da PAVS e os fatores que o influenciaram; -Melhorar processos de programação de ações no âmbito estadual; -Articular internamente na SES e com gestores municipais. -Definir estratégias para uso potencial da PAVS; -Descobrir caminhos para potencializar o Pacto pela Saúde, nas dimensões Pacto pela Vida e de Gestão, e demais prioridades de relevância local regionais e nacionais.	Autorizar a realização da pesquisa Garantir apoio institucional a realização da pesquisa Participar da entrevista	-Contato com responsável pela coordenação da vigilância em saúde para apresentar o projeto de dissertação de mestrado e informar a seleção do estado como estudo de caso -Envio prévio do Termo de Autorização Institucional da pesquisa por meio eletrônico. - Entrega do TCLE previamente, pela pesquisadora, para obtenção de assinatura no momento da entrevista - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo.
Técnicos da Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Distrito Federal, envolvidos na vigilância em saúde	- Conhecer, de maneira sistematizada, a forma de condução Programação das Ações de Vigilância em Saúde e os fatores que o influenciaram; - Identificar estratégias de melhoria da Programação das Ações de Vigilância em Saúde para o alcance dos indicadores e metas do Pacto pela Vida e de Gestão. - Utilizar os achados da pesquisa para qualificar processo de negociação de metas internamente à Secretaria Estadual de Saúde e com gestores municipais	- Agendar visita com a pesquisadora; - Participar da entrevista; -Disponibilizar documentos (relatórios de reuniões, folders, cronograma de reuniões internas e com os municípios, análise dos indicadores, etc.) a respeito da Programação das Ações de Vigilância em Saúde	- Contato telefônico pela pesquisadora para agendamento da visita à Secretaria Estadual de Saúde - Apresentação dos objetivos da pesquisa e do TCLE para obtenção de assinatura no momento da entrevista -Aplicação do (s) instrumento (s) de pesquisa - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo
Membro (s) do Colegiado de Gestão em Saúde	- Garantir o compromisso político da negociação da Programação das Ações de Vigilância em Saúde entre gestores;	- Participar da entrevista - Fornecer documentos (atas de reunião) que tenham pautado a PAVS	- Apresentação dos objetivos da pesquisa e do TCLE para obtenção de assinatura - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho respeitou a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/96, preservando a identidade dos entrevistados, para os quais foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 7). No Termo, foi esclarecido quanto à possibilidade de identificação do entrevistado, dado o exercício do cargo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e aprovado por meio do Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP Nº 148/11, CAAE: 0161.0.031.000-11, com data de apreciação de 6 de julho de 2011 (Brasil, 1996).

4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo de caso único, no que se refere à sua validade externa, uma vez que os resultados encontrados são decorrentes de um processo de implantação condicionado por características contextuais específicas.

Outra limitação está relacionada ao contexto externo, tais como: (1) rotatividade de gestores – sucessivas mudanças de gestão, tanto no âmbito nacional, quanto no âmbito do estado, durante o período da pesquisa. No MS, houve a mudança de dois gestores na SVS/MS e de três gestores no DAGVS/SVS/MS. No DF, houve a mudança de três gestores na SES/DF e na SVS/SES/DF.

Outra limitação importante foi à dificuldade de localizar documentos sobre a intervenção, relativos ao processo de trabalho na SVS/SES/DF. Não foram identificados o histórico (documentos técnicos) relacionado ao período de 1999 a 2006, e nos anos de 2007 a 2011, os documentos sobre a PAVS estavam incompletos.

5. RESULTADOS

5.1 Modelo Lógico da PAVS nas três esferas de gestão do SUS, referente aos anos de 2010 e 2011.

O desenho do modelo lógico de uma intervenção é uma das etapas fundamentais no planejamento de uma avaliação, pois subsidia o avaliador no entendimento do objeto de estudo e escolher o foco da avaliação (MEDINA, 2005). Neste estudo, foi necessário a construção do modelo lógico da PAVS, pois até então não havia um modelo definido pelas gestões do SUS, sendo, um produto elaborado com a participação de atores-chave do MS, e da SES-DF.

No modelo lógico procura-se identificar as ligações de causas e efeitos do programa e seus objetos, na medida em que são estruturados para definir o fundamento do programa (GRAHAM et al.,1994). No Canadá, os modelos lógicos são utilizados para avaliação das intervenções federais desde o ano de 1980 (Hartz, 1999).

O modelo lógico é capaz de representar a sequência de eventos de uma síntese dos principais componentes do programa inseridos em um quadro, a fim de esquematizar o funcionamento de um programa, tendo como uma das vantagens a competência de sintetizar o mecanismo de funcionamento do programa ligando o processo aos resultados a uma sequência de etapas, levando em conta a interação dos efeitos de seus componentes¹⁸ com o impacto do programa (CDC, 1999).

Sua construção possibilita tratar a particularidades dos programas (cada subprograma ou em sua totalidade), resultando em um conjunto de efeitos lógicos e hierarquicamente articulados em uma série, associando recursos, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazos (HARTZ,1999), além de contribuir na definição de indicadores que podem ser qualitativos e quantitativos de modo a adequar o conceito em questão, a informação disponível e o uso dos dados, permitindo detectar rapidamente as pequenas mudanças desempenhadas pelo programa (CDC, 1999).

O modelo lógico, representado na Figura 6, explicita os elementos relacionados ao processo de condução e organização das ações de vigilância em saúde, nos três níveis de gestão do SUS – federal, estadual, e municipal – no que diz respeito a insumos, atividades,

¹⁸ Os componentes referidos são: os insumos (*inputs*), as atividades, os produtos (*outputs*) e os efeitos imediatos, de médio e longo prazo (*outcomes*) (CDC, 1999, HARTZ et al, 1997).

produtos e resultados a médio e longo prazo esperados, a partir da normatização pelo SNVS para o biênio 2010 e 2011, a Portaria GM/MS n. 3.008/2009.

As áreas técnicas da SVS/MS elaboram as ações a serem programadas com base nos indicadores identificados nos sistemas de informações, nas prioridades de governo e nos compromissos assumidos internacionalmente.

As atividades de elaboração duram em média uns seis meses, não tem um tempo preciso. Faz-se uma reunião técnica com todas as áreas da SVS para discutir, à luz do Pacto pela Saúde e demais prioridades de relevância nacional, quais as ações a serem elencadas...Após, é validado pelas áreas técnicas, assim como no GT-VS. (Entrevistado 5)

Essas ações são norteadoras para subsidiar as gestões do SUS no alcance dos compromissos assumidos descritos nos diversos instrumentos de gestão: Pacto pela Saúde, COAP, dentre outros... (entrevistado 4)

Não se pode conceber a PAVS sem antes ouvir as representações do SUS dos estados e municípios. Ela não pode ser verticalizada. Tem de ser ascendente, ou seja, partir da necessidade local, dos municípios, para os estados e, por último pela gestão federal. Mas é importante que ocorra (Entrevistado 5)

Seguimos sempre as definições do Ministério da Saúde, e adaptamos à realidade do DF. Não existe um modelo lógico da PAVS, mas acho importante a sua construção (Entrevistado 1)

A PAVS é um instrumento de gestão que contribuiu sobretudo em função do alcance dos indicadores pactuados nos demais instrumentos de gestão... Ela, apesar da necessidade de ser mais utilizada nas áreas técnicas da SVS, como instrumento de apoio, norteou tanto estados quanto municípios na rotina de monitoramento e avaliação (Entrevistado 4)

O monitoramento das ações é feito. Incorpora os indicadores do Pacto, e demais instrumentos de gestão pactuados entre as três esferas de governo. É esse elenco de ações da PAVS. Ela não tem metas. Ela tem parâmetros....Então esse processo de monitoramento é constantes, as visitas técnicas são efetivadas, agora somente nos estados (Entrevistado 5)

Esse processo é coordenado pelo DAGVS/SVS/MS. Após essa etapa, as ações são apresentadas ao GT-VS para apreciação, discussão (esclarecimentos, substituições) e validação. Após, as ações são normatizadas por meio de portaria ministerial.

A definição das ações no GT-VS, e o envolvimento de todas os níveis de gestão do SUS, corrobora com a importância desse instrumento para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, no sentido de fortalecer o monitoramento por todos os níveis de gestão e também de análise dos indicadores de saúde na área de vigilância (Entrevistado 3)

O monitoramento das ações é feito. Incorpora os indicadores do Pacto, e demais instrumentos de gestão pactuados entre as três esferas de governo. É esse elenco de ações da PAVS. Ela não tem metas. Ela tem parâmetros....Então esse processo de monitoramento é constantes, as visitas técnicas são efetivadas, agora somente nos estados (Entrevistado 5).

A PAVS subsidia o atingimento dos compromissos assumidos pelos entes federados pela Programação Anual de Saúde...(Entrevistado 4)

A PAVS 2010/2011 está organizada em três eixos: (1) ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão; (2) ações prioritárias segundo critérios epidemiológicos consideradas de relevância epidemiológica para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional; e (3) ações para fortalecimento do sistema que são transversais e contribuem para o fortalecimento dos SNVS e vigilância sanitária.

Foram definidas as competências de cada ente federado, cabendo a gestão federal– disponibilizar cooperação técnica aos estados no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde e, em caráter complementar, em conjunto com o estado, monitorar os municípios.

A gestão estadual – coordenar o processo de elaboração das ações de vigilância em saúde no estado, a partir de definições acordadas na CIB; disponibilizar cooperação técnica aos municípios no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde; e estabelecer acordos nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as ações de âmbito regional.

A gestão municipal – elaborar, monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde no âmbito municipal, e estabelecer acordos nos CGR na definição de ações de âmbito regional.

Figura 6. Modelo lógico da Programação das Ações de Vigilância em Saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, ano 2010/2011

Insumo	Nível	Atividades	Produtos	Resultados a médio prazo	Resultado Final
Recursos Financeiros	Federal	Reunião com as áreas técnicas para elaboração das ações e apresentação no GT-VS e na CIT	Ações elaboradas com base nos compromissos de gestão no Pacto pela Saúde e nas prioridades relevantes para o SNVS	Valorização da qualidade do registro de dados e da análise dos indicadores de saúde nos Sistemas de Informações	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde subsidiadas para o alcance de metas do Pacto pela Saúde e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas de gestão federal, estadual e municipal.
		Divulgação da Portaria da PAVS e seu instrutivo às SES e SMS	Ações apresentadas no GT-VS (para validação) e na CIT	Identificação dos avanços e desafios do Sistema de Vigilância em Saúde	
		Assessoria as SES e SMS durante todo o processo de acordo	Esferas de gestão do SUS articuladas e mobilizadas	Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação	
Protocolos e Diretrizes	Estadual	Divulgação da Portaria e do Instrutivo da PAVS às áreas técnicas para elaboração/definição das ações pelo estado	PAVS nacional definida e publicada no DOU (Portaria disponibilizada no site do Ministério da Saúde)	Readequação das estratégias - ação oportuna	
		Reunião com as áreas técnicas para elaboração/definição das ações para apresentação na CIB	PAVS definida pelas SES e SMS	Fortalecimento do SNVS, da vigilância no estado e no município.	
		Assessoria às SMS durante todo o processo de acordo	PAVS construída a luz da PAS dos estados e municípios		
		Divulgação da Portaria da PAVS e seu Instrutivo às áreas técnicas para elaboração/definições das ações pelo município	PAVS apresentada na CIB para validação		
Recursos Humanos	Municipal	Reunião com as áreas técnicas para elaboração/definição das ações para apresentação na CIB	PAVS homologada na CIB e enviada ao MS		
		Monitoramento das ações de vigilância em saúde	Ações monitoradas pelas SES e SMS, e estratégias definidas e/ou redicionadas		

A partir do momento que você tinha uma pactuação...o acompanhamento da manutenção da PAVS era crucial para a manutenção do processo de descentralização.... Propulsiona o monitoramento das ações da vigilância em saúde executadas pelas esferas de gestão. Deixou de ser visto pelos estados e municípios como um instrumento de supervisão, de auditoria, para ser, de fato, um instrumento de monitoramento que subsidia os gestores nas ações de vigilância em saúde. (Entrevistado 3)

5.2 Breve caracterização do Distrito Federal

É uma das 27 UF do Brasil, foi criado em 21 de abril de 1960 e está localizado no centro-oeste do Brasil. Possui uma área territorial de 5.787,784 Km² e uma população de 2.570.160 (IBGE, 2010). Faz divisa com os municípios do estado de Goiás (Cristalina, Cidade Ocidental, Valparaíso, Novo Gama, Santo Antonio do Descoberto, Águas Lindas, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás e Formosa) e o estado de Minas Gerais (Cabeceira Grande).

Difere das demais UF, pois não é um estado, nem um município, sendo um território autônomo dividido em Regiões Administrativas (RA), conhecidas como cidades-satélites, com exceção de Brasília. Essas RA (Quadro 1) são administradas por um administrador nomeado pelo governador e possuem certa autonomia em suas administrações.

A partir da Constituição de 1988, o DF pode eleger seus representantes legais, governador e deputados distritais. Sua Lei Orgânica, promulgada em junho de 1993, norteia a organização política, administrativa e seu desenvolvimento.

Quadro 1: Distribuição das Regiões Administrativas nas Regionais de Saúde do Distrito Federal.

Denominação	Regiões Administrativas (RA)	Diretorias Regionais de Saúde (DRS)	Regiões de Saúde		
RA I RA XVI	Brasília (Asa Sul) Lago Sul	DRS Asa Sul	Módulo I	REGIÃO CENTRO SUL	
RA XVII RA XIX RA VIII	Riacho Fundo Candangolândia Núcleo Bandeirante	DRS Núcleo Bandeirante			
RA X	Guará	DRS Guará			Módulo II
RA I RA XVIII RA XI	Brasília (Asa Norte) Lago Norte Cruzeiro	DRS Asa Norte			Módulo I
RA IX RA IV	Ceilândia Brazlândia	DRS Ceilândia DRS Brazlândia	Módulo I Módulo II	REGIÃO OESTE	
RA III RA XII RA XV	Taguatinga Samambaia Recanto das Emas	DRS Taguatinga DRS Samambaia DRS Recanto das Emas	Módulo I Módulo II	REGIÃO SUDOESTE	
RA VIII RA VI	Sobradinho Planaltina	DRS Sobradinho DRS Planaltina	Módulo I Módulo II	REGIÃO NORTE	
RA VII RA XIV	Paranoá São Sebastião	DRS Paranoá DRS São Sebastião	Módulo I	REGIÃO LESTE	
RA II RA XIII	Gama Santa Maria	DRS Gama DRS Santa Maria	Módulo I	REGIÃO SUL	

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2007

5.2.1 Aspectos administrativos e assistenciais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

A SES-DF é responsável pela formulação de políticas de saúde no DF, bem como a coordenação e execução das ações de saúde nas dimensões primária, secundária e terciária, exercendo as funções tanto de um estado como de um município.

Para isso, existe uma estrutura organizacional, bem delimitada quanto às competências de cada uma delas, correlacionadas na sua missão, que é promover a boa qualidade de saúde na população, fundamentada nos princípios do SUS, visando os três níveis de atenção a saúde, com valores na excelência dos serviços prestados, com intervenções oportunas e eficazes no seu propósito (SES-DF, 2012).

Está composta por cinco órgãos vinculados (Fundação Hemocentro de Brasília, Fundo de Saúde do Distrito Federal, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde,

Conselho de Saúde, e Colegiado de Gestão em Saúde), e nove subsecretarias (Vigilância à Saúde, Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Administração Geral, Atenção Primária à Saúde, Planejamento, Regulação e Avaliação e Controle, Logística e Infra-estrutura da Saúde, Atenção à Saúde, Tecnologia e Informação em Saúde, e Gestão Participativa) (Figura 2).

No seu arcabouço organizacional, estão as Coordenações Gerais de Saúde (CGS) que são braços da SES/DF nas RA (Quadro 1), com atribuições de “planejar ações de saúde a partir das necessidades sócio-sanitárias da população, garantindo o controle social; fomentar e coordenar as ações de saúde das unidades executivas e programas 8 existentes na sua área de abrangência, incluídas as de referência e de contra-referência; articular as políticas e os recursos intra-setoriais e intersetoriais; coordenar e execução de política de recursos humanos, recursos materiais e recursos econômico-financeiros das unidades de saúde na área de abrangência” (PDR, 2007)

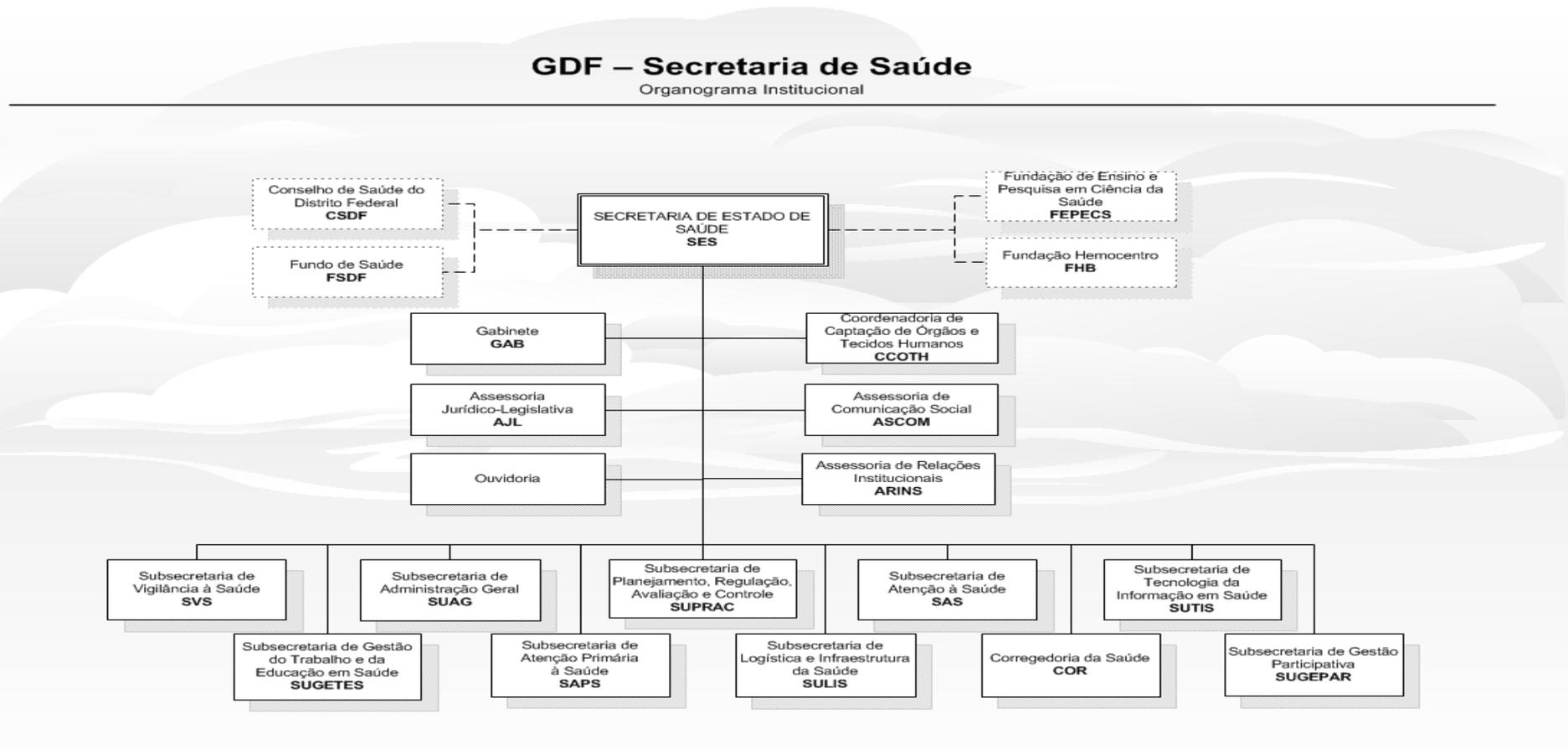


Figura 2 . Organograma da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (<http://www.saude.df.gov.br>, em 12 de junho de 2012, às 13h20 min)

Quadro 1: Distribuição das Regiões Administrativas nas Regionais de Saúde do Distrito Federal.

Denominação	Regiões Administrativas (RA)	Diretorias Regionais de Saúde (DRS)	Regiões de Saúde	
RA I RA XVI	Brasília (Asa Sul) Lago Sul	DRS Asa Sul	Módulo I	REGIÃO CENTRO SUL
RA XVII RA XIX RA VIII	Riacho Fundo Candangolândia Núcleo Bandeirante	DRS Núcleo Bandeirante		
RA X	Guará	DRS Guará		
RA I RA XVIII RA XI	Brasília (Asa Norte) Lago Norte Cruzeiro	DRS Asa Norte	Módulo I	REGIÃO CENTRO NORTE
RA IX RA IV	Ceilândia Brazlândia	DRS Ceilândia DRS Brazlândia	Módulo I Módulo II	REGIÃO OESTE
RA III RA XII RA XV	Taguatinga Samambaia Recanto das Emas	DRS Taguatinga DRS Samambaia DRS Recanto das Emas	Módulo I Módulo II	REGIÃO SUDOESTE
RA VIII RA VI	Sobradinho Planaltina	DRS Sobradinho DRS Planaltina	Módulo I Módulo II	REGIÃO NORTE
RA VII RA XIV	Paranoá São Sebastião	DRS Paranoá DRS São Sebastião	Módulo I	REGIÃO LESTE
RA II RA XIII	Gama Santa Maria	DRS Gama DRS Santa Maria	Módulo I	REGIÃO SUL

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2007.

Nota: Observa-se no contexto regional de saúde que no primeiro processo de regionalização algumas regiões administrativas são aglutinadas em regional de saúde (vide DRS Núcleo Bandeirante) e também há a cisão de uma RA em duas regionais de saúde (vide Brasília - Asa Sul e Asa Norte). No segundo processo de regionalização essas regionais de saúde são reagrupadas em 7 (sete) regiões de saúde, de acordo com o elenco mínimo de serviços a serem ofertados por módulo / região.

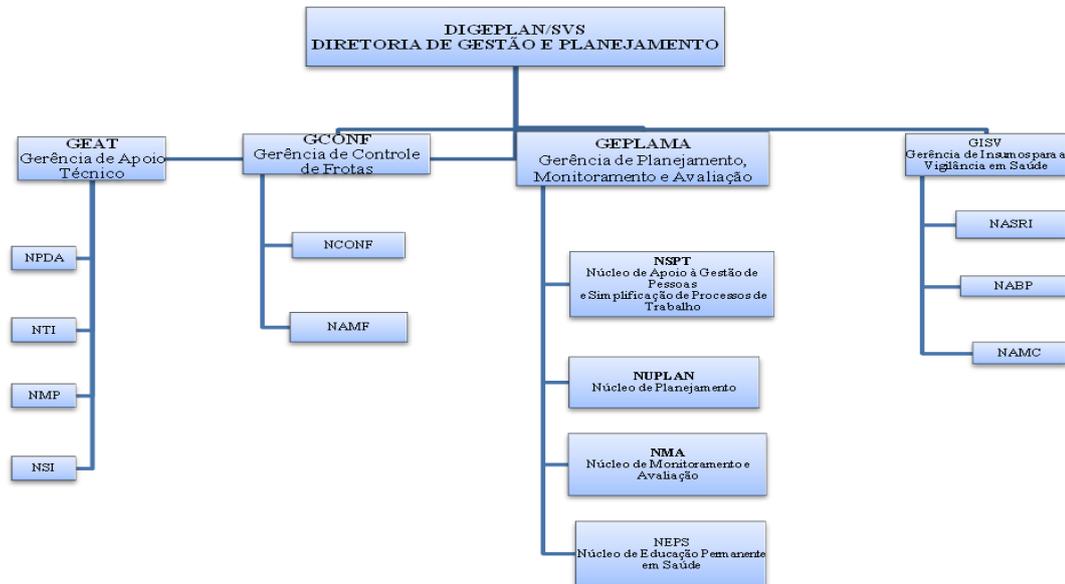
5.2.2. Aspectos Administrativos e Operacionais da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, do Distrito Federal

É um organismo que responde por todas as atividades que envolvem as áreas da vigilância no DF. Está constituída por sete diretorias: (1) Diretoria de Gestão e Planejamento, com quatro gerências; (2) Diretoria de Vigilância Sanitária, com cinco gerências; (3) Diretoria de Vigilância Ambiental em Saúde, com quatro gerências; (4) Diretoria de Vigilância Epidemiológica, com oito gerências; (5) Diretoria do Laboratório Central de Saúde Pública, com seis gerências; (6) Diretoria do Centro Distrital de Referência em Saúde do Trabalhador; e (7) Diretoria do Programa de Prevenção e Controle da Dengue (DF, 2011).

A Diretoria de Gestão e Planejamento (DIGEPLAN/SVS) é a responsável por todas as ações que envolvem o apoio logístico, o monitoramento e avaliação das ações da vigilância em saúde em todos os compromissos de gestão pactuados na CIT e o planejamento das atividades executadas pelas demais diretorias.

É uma diretoria que permeia as demais diretorias da SVS/SES/DF, tendo a transversalidade como característica essencial para o seu desenvolvimento. Possui quatro

gerências: (1) Apoio Técnico (GEAT), com quatro núcleos; (2) Controle de Frotas (GCONF), com dois núcleos; (3) Insumos para a Vigilância em Saúde (GISV), com três núcleos; (4) Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GEPLAMA), com quatro núcleos, entre eles o núcleo de monitoramento e avaliação (Figura 3).



Obs. Elaboração própria a partir de informações secundárias pela SES-DF (<http://www.saude.df.gov.br>, em 21/07/2012)

Figura 3: Organograma da Diretoria de Gestão e Planejamento, da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, do Distrito Federal

A GEPLAMA realiza todo o processo de interlocução entre as demais diretorias da SVS/SES/DF para a construção e definição da PAVS, faz interface com as diretorias e o gabinete da SVS/SES com foco no alcance dos compromissos de gestão da VS, assumidos na CIT, dentre outras atividades.

5.3 Caracterização do processo de condução e organização da PAVS no DF

5.3.1 Sub-componente 1: articulação e mobilização

Esse componente visa conhecer o comportamento da SVS/SES/DF em articular interna e externamente com interessados da área (gestores, coordenadores, técnicos e controle social) às estratégias de definições das ações programadas. Prevê as seguintes atividades: divulgação da Portaria do GM/MS nº 3.008/2009; inclusão do tema PAVS em reuniões colegiadas e do controle social; articulação intra SVS/SES/DF para definição de ações para o

DF; e o desenvolvimento de estratégias conjuntas entre o MS e SVS/SES/DF para o alcance dos compromissos assumidos no âmbito federal.

Quadro 9

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente ARTICULAÇÃO/MOBILIZAÇÃO

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES/DF					
	POLÍTICA		TÉCNICA		ORGANIZACIONAL	
	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO
ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO	A SVS/SES/DF incluiu o tema da PAVS para debate em reuniões do CGS	BOM	A SVS/SES/DF assessorou as Regionais de Saúde na definição da PAVS para o biênio 2010/2011	BOM	A SVS/SES/DF recebeu do MS a Portaria da PAVS para o biênio 2010/2011 em tempo hábil e encaminhou com as orientações devidas às suas diretorias	BOM
	A SVS/SES/DF articulou com as Regionais de Saúde a definição das ações a serem programadas	BOM	A SVS/SES/DF articulou internamente com suas Diretorias a definição da PAVS para o biênio 2010/2011, antes de levar a discussão ao CGS	BOM	A SVS/SES/DF articulou com as demais Subsecretarias da SES/DF a inserção da PAVS nos instrumentos de planejamento e gestão	REGULAR

Dimensão Política

Os indicadores foram classificados como Bom. A análise documental e entrevistas evidenciaram a realização de reuniões internas entre as diretorias da SES-DF e o gabinete em que definiram, conjuntamente, a PAVS 2010/2011, com base nos indicadores de saúde do ano anterior e nos compromissos assumidos.

Nesse processo, segundo entrevistados, a participação das regionais de saúde se deu por meio das diretorias, principalmente a diretoria de vigilância epidemiológica, onde são repassadas as informações da PAVS e identificadas às necessidades de cada uma delas.

As diretorias que compõe a Subsecretaria de Vigilância em Saúde reúnem com representantes das regionais de saúde para discutirem e desenharem as ações de vigilância em saúde a serem elencadas. Após esse momento, essas ações são submetidas à apreciação e aprovação na Subsecretaria, antes de serem encaminhadas ao Colegiado de Gestão (Entrevistado 1)

Após a definição da PAVS, o documento é encaminhado ao CGS-DF para apreciação e aprovação das ações, que, após, encaminha ao controle social do DF.

...O Colegiado de gestão a partir de 2009, reconhecida como uma instancia similar a Bipartite onde participam todos os subsecretários e o secretário de saúde, além dos representantes das regiões de saúde que é composta pelas regionais de saúde. E o tema PAVS quando inserido nas reuniões do colegiado é amplamente discutido, inclusive, tecnicamente, e são esclarecidas as dúvidas dos membros que validam ou redirecionam as ações quando necessário (Entrevistado 1).

...A partir de 2009 a gente começa a levar essa pactuação da PAVS 2010 e 2011 ao Colegiado de Gestão em Saúde, que foi amplamente discutida, porque nesse colegiado os assuntos são levados e de fato são discutidos. Nós somos chamados, os técnicos, os subsecretários. E nessa época para fazer a pactuação, eu fui lá ao colegiado de gestão, discutimos todos os indicadores, inclusive pediram alteração de dois dos nossos indicadores que consideraram que o que propomos não tava representando o anseio da secretaria como todo (Entrevistado 2).

...nós encaminhávamos, e se o relator tivesse alguma dúvida nos comunicava, dava o parecer, esclareciam as dúvidas, mas nós não éramos chamados pra reunião do conselho pra fazer a discussão lá. Então, existia uma lógica diferente que não acontece no Colegiado de Gestão. A PAVS 2010 e 2011 foi de fato discutida no colegiado de gestão (Entrevistado 2).

A SVS/SES/DF realiza capacitações na área de planejamento, aos profissionais envolvidos no processo de discussão e elaboração dos indicadores e ações de vigilância em saúde, a fim de subsidiá-los na definição dos compromissos assumidos.

Utilizamos o instrumento de planejamento estratégico do DF....Pegamos o planejamento estratégico, pegamos o TCG, o Pacto e PAVS e os indicadores de acompanhamento do PPA, e as metas de acompanhamento da LOA, LDO, e ainda o planejamento estratégico do GDF e trouxemos tudo isso pra PAS (...) A parte de planejamento focadas no PPA e demais instrumentos, são ações estruturante no planejamento da SVS, que é a Subsecretaria da Vigilância em Saúde. Portanto, assim que eu assumi, recebi um pacote de informações que continham essas programações. Portanto, não precisei buscar fora da Secretaria de Saúde (Entrevistado 1)

Dimensão Técnica

Os indicadores foram julgados como Bom. A SVS/SES/DF apresentou às Regionais de Saúde, por meio de seus representantes, o elenco de ações de vigilância em saúde com base nos resultados apresentados em relatórios gerenciais de anos anteriores, o que de certa forma, direcionou as bases de execução das ações de vigilância em saúde, com propostas de encaminhamentos conforme a necessidade local.

...para a definição da PAVS são realizados foros com todas as áreas técnicas da SVS/SES/DF, que reúne com o gabinete e todas as diretorias que fazem a discussão e demandas da PAVS, que encaminham pra as áreas técnicas, que discutem e definem como a pactuação se dá definida tecnicamente e consolidada nas diretorias. Segue para a área do monitoramento e avaliação que consolida as ações de todas as diretorias e encaminha para o gabinete da subsecretaria que faz as considerações e após encaminha para o colegiado de gestão para validação. (Entrevistado 2).

Apesar de os entrevistados informar sobre a condição julgada na matriz de avaliação, ao comparar essas informações com o histórico documental, não foram identificados registros de momentos ocorridos entre as Regionais de Saúde e a Subsecretaria de Vigilância em Saúde sobre esse tema.

Dimensão Organizacional

Para essa dimensão os resultados apresentados na matriz de avaliação indicaram que a SVS/SES/DF recebeu da gestão federal a normativa e o instrutivo da PAVS em tempo hábil, e que encaminhou com as orientações devidas às suas diretorias. A SVS/SES/DF organiza o processo de definição das ações de vigilância em saúde, mesmo antes de receberem formalmente as normativas pelo Ministério da Saúde.

A vigilância em saúde tem um foco muito grande na vigilância epidemiológica, que se orienta muito em dados científicos, enfim, em perfis...pra gente fazer as programações...De rotina, a área da vigilância em saúde produz conhecimentos, produz dados científicos que orientam as programações pros anos futuros...(Entrevistado 2).

Apesar das ações de vigilância em saúde ter sido elencada com base também nos compromissos orçamentários, como informada em entrevista com um membro da SVS/SES/DF, a execução dos recursos financeiros do Bloco de Vigilância em Saúde, ainda é considerada fragilizada na medida em que não se executa a contento o programado, ocasionando um desafio da atual gestão.

O peso principal.... Pode parecer um paradoxo, mas é a execução orçamentária, ou seja, ao percebermos os entraves burocráticos que existem na Secretaria de Vigilância a Saúde...do mecanismo que esta Secretaria de saúde desenhou nos últimos anos que garantem um processo de aquisição de insumos, que são processos extremamente complexos...Então essas dificuldades está nos fazendo refletir ainda, agora pra 2012, sobre o que nós colocamos na nossa programação, haja vista que a consequência dessas dificuldades é de uma execução orçamentária muito baixa que acaba se voltando contra a gestão. Ela

declara uma gestão ineficiente, quando na verdade ela não é necessariamente eficiente, mas também não, obrigatoriamente, ineficiente. Essa baixa execução se dá por um contexto organizacional, administrativo, legal, extremamente complexo e que acaba inibindo os gestores a fazer programações em todas as áreas da vigilância em saúde, haja vista a dificuldade que eles têm de programar e de conseguir executar a despeito da existência de recursos próprios ou repassados do Ministério da Saúde ou de outras fontes. (Entrevistado 1)

Quanto ao indicador que mencionava a articulação da SVS/SES/DF com as outras Subsecretarias da SES/DF sobre a inserção da PAVS nos demais instrumentos de gestão com base também nas prioridades, principalmente na área da atenção básica, o resultado demonstrou que não houve discussão de ações transversais com as demais Subsecretarias para definição da programação das ações de vigilância em saúde, sendo classificado esse indicador como regular.

5.3.2 Componente 2: Produção da Informação

Esse componente visa conhecer o comportamento da SVS/SES/DF na produção de informações dos trabalhos desenvolvidos pelas suas diretorias, bem como a disseminação das informações internamente (retro-alimentação) e externamente (divulgação nas regionais de saúde, na Secretaria de Saúde, no controle social, no colegiado de gestão e na sociedade em geral).

Permite conhecer se o produto gerado por ocasião das visitas técnicas da SVS/MS foi conhecido pelas diretorias da SVS/SES/DF e pelas regionais de saúde. E ainda, permite conhecer as formas de divulgações de informações produzidas (Quadro 10)

Dimensão Política

Foi classificada como Bom, sendo o indicador voltado para a utilização de informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para tomada de decisão em relação às ações a serem programadas.

De acordo com as informações dadas em entrevistas, foi identificado que a SVS/SES/DF envidou esforços no que se refere à produção de informação, e de fortalecer a cultura de trabalho elaborado a partir de uma base fundamentada na análise dos desempenhos executados, apontando avanços e desafios por meio de atividades das estratégias desenvolvidas.

Um dos meios de produção da informação se dá em relatar as atividades desenvolvidas por meio de boletins informativos internos, relatórios de acompanhamento e resultados, artigos científicos, apresentações em reuniões do colegiado, reuniões técnicas entre as diretorias e o gabinete, etc.

Todas essas atividades são disponibilizadas na rede virtual interna da SES-DF, a intranet. Foram solicitadas essas informações para análise documental, entretanto, não foram

disponibilizados, com exceção os resumos executivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

As áreas técnicas estão sempre atentas na produção de informações, que influencia na questão da pactuação, com base nas séries históricas e do perfil epidemiológico, que não aparece explícito no documento até porque não temos esse nível de detalhamento das áreas, mas, permeia a discussão das áreas técnicas (Entrevistado 2).

Quadro 10

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES/DF					
	POLÍTICA		TÉCNICA		ORGANIZACIONAL	
	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO
PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO	A SVS/SES/DF utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para a tomada de decisão em relação as ações a serem programadas	Bom - Sim, utilizou informações dos com base nos compromissos estabelecidos no Pacto pela Saúde, bem como nas prioridades relevantes para a melhoria do Sistema de Vigilância em Saúde	A SVS/SES/DF teve acesso ao documento técnico elaborado pelo Ministério da Saúde por ocasião do monitoramento das ações de vigilância em saúde - o Relatório Síntese	BOM	A SVS/SES/DF elaborou documento técnico contendo análise das ações de vigilância em saúde relativo aos anos anteriores às áreas técnicas	BOM. Sim, elaborou documento técnico e utiliza essas informações como base para definições de novas ações e prioridades conjuntamente com as demais diretorias da SVS/SES/DF
			A SVS/SES/DF disponibilizou as Regionais de Saúde o produto da análise das ações de vigilância em saúde, de anos anteriores a fim de subsidiar novas propostas de ações	INSUFICIENTE, Não disponibilizou o Relatório Sínteses para as Regionais de Saúde.		

Dimensão Técnica

Para essa dimensão os resultados apresentaram para os dois indicadores: (1) Bom – que trata sobre o acesso ao resumo executivo, produto da visita técnica do Ministério da Saúde por ocasião do monitoramento das ações de vigilância em saúde, e a utilização desse instrumento para nortear a SVS/SES/DF na definição de novas ações de vigilância em saúde.

A SVS/SES/DF recebe do MS os resumos executivos, produto das visitas técnicas semestrais. Nesses relatórios, contêm os *pontos fortes e as fragilidades* identificadas no período da visita, bem como as recomendações para superação das *fragilidades*. E, um dos pontos fortes descritos em quase todos esses documentos, é que o DF utiliza as informações estatísticas da saúde para tomada de decisão.

As áreas técnicas estão sempre antenadas na produção de informações, que influencia na questão da pactuação, com base nas séries históricas e do perfil epidemiológico, que não aparece explícito no documento até porque não temos esse nível de detalhamento das áreas, mas, permeia a discussão das áreas técnicas (Entrevistado 2).

O segundo indicador apresentou-se crítico em decorrência de que, embora a SVS/SES/DF utilize as informações dos resumos executivos para tomada de decisão de novas ações de vigilância em saúde, não são disponibilizadas essas informações, às Regionais de Saúde. O que para a gestão local da área de vigilância à saúde, ainda é um desafio a se concretizar quanto ao envolvimento da Regionais de Saúde no processo de

...descentralização das ações de vigilância em saúde para as Regionais de Saúde no que se refere à gestão e definição de ações, mas estamos trabalhando nesse sentido de fortalecer as Regionais de Saúde (Entrevistado 1)

Dimensão Organizacional

A SES-DF vem criou a intranet, que é uma rede virtual de divulgação de suas atividades (já comentada na dimensão política). Nela estão contidos os relatórios de trabalho, boletins de serviços, a agenda de eventos a serem realizados, as capacitações, etc.

Esse processo vem sendo aperfeiçoado a cada gestão, e, com a institucionalização do Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Diretoria de Gestão e Planejamento na estrutura organizacional, observou-se o interesse dos gestores nessa área. Entretanto, apesar do indicador apresentar-se bom, ao visitar o site da intranet, por diversas vezes, não foi possível abrir os arquivos com os títulos voltados para esse tema.

5.3.4 – Componente 3: Homologação

Esse componente permite conhecer o comportamento da SVS/SES/DF nos aspectos normativos da vigilância em saúde, estabelecidos no âmbito federal com a participação das três esferas de gestão do SUS, e ainda, se utilizou da análise da situação de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para definir rumos a seguir, com vistas ao alcance dos compromissos estabelecidos entre a gestão estadual e federal (Quadro 11).

Dimensão Política

Nessa dimensão o julgamento também foi Bom, uma vez que a SES-DF realizou todo o protocolo de acordo com a normatização estabelecida no âmbito federal. O CGS¹⁹ atua com o poder de uma CIB, então, todos os assuntos que envolvem os compromissos de gestão no âmbito do DF e, entre esse com o âmbito federal, são levadas a essa instância. Após essa etapa são remetidos ao Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde sempre aprovou a pactuação, indo para a pauta. O Colegiado de Gestão a partir de 2009 foi reconhecido como uma instancia similar a Bipartite onde participam todos os subsecretários, e o secretário de saúde, além dos representantes das regiões de saúde que é composta pelas regionais de saúde. A partir de 2009 a gente começa a levar essa pactuação da PAVS 2010/2011 ao colegiado de gestão e foi amplamente discutida, porque nesse colegiado os assuntos são levados e de fato são discutidos. Nós somos chamados, os técnicos, os subsecretários. E nessa época, para fazer a pactuação, eu fui lá no colegiado de gestão, discutimos todos os indicadores, inclusive pediram alteração de dois dos nossos indicadores que consideraram que o que propomos não tava representando o anseio da secretaria como todo. Foi consensuada, e definida os indicadores. (...) A PAVS 2010 e 2011 foi de fato discutida no colegiado de gestão (Entrevistado 2).

¹⁹ Constituído pela [Resolução Nº 35](#) do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 11 de dezembro de 2007 e reconhecido pela Comissão Intergestores Tripartite, na reunião do dia 26 de novembro de 2009, como uma instância que cumprirá as atribuições e competências estabelecidas para as Comissões Intergestores Bipartite - CIBs, no tocante à operacionalização do Sistema Único de Saúde, conforme Ofício nº 2.433 do MS/SE/GAB, de 30 de novembro de 2009 (Fonte: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=21179, visualizado em 03 de junho de 2012).

Quadro 11

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente HOMOLOGAÇÃO

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES/DF					
	POLÍTICA		TÉCNICA		ORGANIZACIONAL	
	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO
HOMOLOGAÇÃO	A SVS/SES/DF, ao ter adotado as recomendações do Ministério da Saúde conforme Portaria MS/GM n. 3.008/09, teve sua Programação das Ações de Vigilância em Saúde deliberada pelo Colegiado de Gestão da SES/DF	BOM	A SVS/SES/DF realizou a análise de situação de saúde para definir sua Programação das Ações de Vigilância em Saúde antes de encaminhar para o Colegiado de Gestão da SES-DF	BOM	A SVS/SES/DF validou as metas no âmbito Colegiado de Gestão da SES-DF	BOM

Dimensão Técnica

As informações identificadas em documentos internos da SVS/SES/DF, nos momentos de reuniões sobre o tema e nas entrevistas realizadas, evidenciaram a conduta técnica e de gestão na definição das ações programadas da vigilância em saúde nesses espaços colegiados, onde são elencadas as ações com base nos indicadores de saúde existentes, e nos compromissos de gestão intergovernamentais (Pacto pela Saúde, Programação Anual de Saúde, Termo de Compromisso de Gestão, dentre outros).

Foi feito um Termo de Compromisso de Gestão pactuado no estado com um processo de discussão com todas as regionais de saúde. A PAVS, não é um instrumento de discussão com as regionais de saúde de forma mais direta, mas sabendo que as áreas técnicas trazem demandas e discutem ações com as regionais. Portanto, indiretamente são elaboradas e definidas ações ascendentes na elaboração desse instrumento. (Entrevistado 2).

Dimensão Organizacional

A definição da PAVS 2010/2011²⁰ está em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão entre o Distrito Federal e o âmbito federal, e foi deliberada pelo CGS, seguindo o fluxo normativo.

O acompanhamento não é só da PAVS. Utilizamos o instrumento de planejamento estratégico do Distrito Federal. A Lógica é que são inclusos todos os instrumentos de pactuação que são prioritários, inclusive a programação, com detalhamento. Instrumentos de pactuação legais formais orientados por portarias (...)até 2010. Em 2011, com a nova gestão, com prioridades além das que já tínhamos, pegamos o planejamento estratégico, pegamos o TCG, o Pacto e PAVS e os indicadores de acompanhamento do PPA, e as metas de acompanhamento da LOA, LDO, e ainda o planejamento estratégico do GDF e trouxemos tudo isso pra PAS (Entrevistado 2).

5.3.5 Componente 4: Monitoramento e Avaliação

Esse componente visa conhecer as estratégias utilizadas pela SVS/SES/DF para o monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde; se estabelece espaços coletivos para as definições sobre os processos avaliativos; se as diretrizes adotadas estão alinhadas com os compromissos estabelecidos no âmbito federal por meio dos instrumentos de planejamento e gestão (Quadro 12).

Dimensão Política

Esse aspecto foi classificado como Bom. Foram analisados os relatórios sínteses do Ministério da Saúde, produto das visitas de monitoramento no Distrito Federal, do período de 2003 a 2008, uma vez não houve monitoramento da SVS/MS no ano de 2010 por motivos de

²⁰ Devidamente aprovada pelo Colegiado de Gestão em Saúde, por meio da Resolução n°. 03, de março de 2010.

remodelamento do modelo adotado à luz das novas diretrizes estabelecidas no Decreto 7.135, de 29 de março de 2010.

Nesses relatórios, o acompanhamento da PPI-ECD de 2003, reforçava a importância estratégica do processo de monitoramento e avaliação das ações na área de epidemiologia e controle de doenças, para o fortalecimento da integração e cooperação entre as esferas de governo, no sentido de alcançar as metas pactuadas. Nessa época já se discutia a integração da atenção básica com a vigilância, descritas nas recomendações da SVS/MS.

Com o intuito de aprimorar as atividades referentes à vigilância e controle de doenças, tanto no aspecto qualitativo quanto no quantitativo, recomendamos a SES que estas ações sejam gradativamente integradas às ações de atenção básica, principalmente através do Programa de Saúde da Família (Relatório Síntese do ano de 2003).

Quadro 12

Matriz de avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal: componente MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

COMPONENTE	DIMENSÕES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES/DF					
	POLÍTICA		TÉCNICA		ORGANIZACIONAL	
	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO	INDICADOR	JULGAMENTO
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	A SVS/SES/DF estabelece em espaços coletivos (colegiados, grupos técnicos, comitês, oficinas) as definições sobre os processos avaliativos	Bom - Sim, estabelece sistematicamente espaços coletivos com as áreas técnicas das diretorias para discutir processos avaliativos	A SVS/SES/DF possui estratégias de monitoramento e avaliação as ações de vigilância em saúde com foco no alcance dos indicadores do pacto pela Saúde e indicadores de relevância epidemiológica	Sim, possui e está institucionalizado. Bom	A SVS/SES/DF realizou o plano de monitoramento e avaliação para a PAVS	Bom - Sim, realizou e está inserida Programação Anual de Saúde

Em 2004, com os marcos conceituais de vigilância em saúde estabelecidos, foram identificados que a SES/DF estabelecia como prioridade de gestão esse componente, e dentre as prioridades, a de formação de equipes nas regionais de saúde que acompanhassem os compromissos assumidos na Comissão Intergestores Tripartite.

As atividades de acompanhamento das ações de vigilância em saúde estão incorporadas à rotina dos processos de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde, com regularidade mensal. Há técnicos da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Diretoria de Vigilância Ambiental, Diretoria de Vigilância Sanitária e LACEN que realizam, de forma não exclusiva, este acompanhamento (Relatório Síntese do ano de 2004).

Esse processo foi se fortalecendo nos anos subsequentes, com destaque para os bons resultados dos indicadores pactuados, e com as readequações dos rumos a serem trilhados para alcance dos que necessitavam melhorar.

Em 2006, houve a realização de curso na área do planejamento aos técnicos das regiões administrativas, que passaram a atuar como interlocutores nos processos de planejamento, pactuação e monitoramento das ações de saúde; cursos de especialização para os técnicos da vigilância sanitária. Entretanto, essas iniciativas precisavam ser retomadas, o que de acordo com a gestão local, estavam sendo priorizadas.

As atividades de acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde estão incorporadas na rotina dos processos de trabalho da SES/DF, sendo realizadas reuniões regulares com as 15 Diretorias Regionais de Saúde, oportunidade em que também são discutidas as ações e metas pactuadas na Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde-PPI VS (relatório Síntese do ano de 2005).

Dentre as 18 ações consideradas avaliáveis no roteiro de monitoramento, em 18 (75%) as metas mínimas pactuadas foram alcançadas, com destaque para os blocos relativos à notificação e investigação de doenças, vigilância ambiental, monitorização de agravos relevantes, divulgação de informações epidemiológicas e sistemas de informação, nos quais todas as ações alcançaram ou superaram as metas pactuadas, o que reflete a competência técnica e comprometimento da equipe (Relatório Síntese do ano de 2004).

Dimensão Técnica

Existe um núcleo específico na área de monitoramento e avaliação, a diretoria de gestão e planejamento, com destaque bastante grande para a gerência de planejamento, monitoramento e avaliação, na perspectiva de que ela é uma diretoria meio, sendo de fato uma referência para as demais diretorias no que se refere à avaliação, que tem a competência de trabalhar transversalmente em toda a SVS/SES/DF, fazendo conhecer...

...Em todas as diretorias e áreas técnicas em relação das mudanças ocorridas. O grupo de Monitoramento e Avaliação, enquanto estrutura organizada existe a partir de 2011. Antes era um núcleo que gerava relatório e que conduzia esses processos, mas não de uma forma integrada como ocorre hoje. Todo esse processo de condução desses instrumentos se dava a partir do gabinete da Divep e depois do gabinete da SVS.(Entrevistado 1)

Sempre foram utilizadas as normativas, os relatórios executivos, os resumos executivos do monitoramento, para quando demandado, se anexava as recomendações do Ministério no monitoramento, objetivando confirmação ou redirecionamentos a serem validados pelos gestores e de conhecimento as áreas técnicas (Entrevistado 2).

Apesar dos resultados das entrevistas direcionarem que o monitoramento é realizado mensalmente com a participação de todas as diretorias, e que nessa etapa há a participação da atenção básica à saúde, não foram identificados registros que documentassem esses momentos.

Desde 2009 foi incluído no monitoramento, o monitoramento integrado com atenção básica. E, mesmo sem ter havido monitoramento do Ministério da Saúde no ano de 2010, essa cultura de monitoramento interno da SVS permaneceu. E em 2011 toda a comissão do pacto estava presente, a sua presidente e os representantes de todas as subsecretarias (Entrevistado 1)

Dimensão Organizacional

A SVS/SES/DF foi classificada como Regular. Embora, nas informações prestadas em entrevistas e em observações, foram identificados que a PAVS não é monitorada de forma isolada. Ela é parte de um processo de construção e está inserida na PAS, apesar de ser bianual, sendo elencadas novas ações, com base em informações técnicas das diretorias que compõe a SVS/SES/DF.

O acompanhamento não é só da PAVS. Utilizamos o instrumento de planejamento estratégico do DF. A lógica é que são inclusos todos os instrumentos de pactuação que são prioritários, inclusive a programação, com detalhamento. Em 2011, com a nova gestão, agregamos as prioridades, além das que já tínhamos. Pegamos o planejamento estratégico, pegamos o TCG, o Pacto e PAVS e os indicadores de acompanhamento do PPA, e as metas de acompanhamento da LOA, LDO, e ainda o planejamento estratégico do GDF e trouxemos tudo isso para a Programação Anual de Saúde, que acompanhamos mensalmente, avaliamos e está na página da intranet. Ela é avaliada pelas áreas técnicas, consolidadas na área de monitoramento e avaliação. Ainda fazemos uma grande avaliação dela semestralmente (Entrevistado 2)

Hoje nós temos avaliação interna e avaliação externa. A externa é provocada pelo Ministério da Saúde no cumprimento do próprio governo federal e do Distrito Federal a partir de vários mecanismos, e a vigilância em saúde está em vários recortes. Os interlocutores são profissionais do Ministério da Saúde, Secretaria de Planejamento do GDF que se inter-relaciona com a Suprac que é a Secretaria de Planejamento aqui do DF e da Secretaria de Saúde que por sua vez nos cobra o alcance dessas metas. Nesses encontros nós falamos na vigilância em saúde em vários recortes, ou seja, quando falamos no PPA, na LOA, no Pacto pela Saúde, no PAM, enfim, é esse o processo. Internamente, a vigilância trabalha muito a questão da avaliação, principalmente, a vigilância epidemiológica, que é muito focada em metas (...) tanto no núcleo central quanto com as quinze regionais, que se reúnem mensalmente com a diretora da DIVEP pra tratar de assuntos referente a avaliação da implementação das ações. (Entrevistado 1).

5.4 Estimativa do grau de implementação da PAVS no DF.

O estudo apresentou que o componente articulação e mobilização está parcialmente implantado. Esse fato decorre principalmente da não disponibilização de documentos que registrem os encontros, os momentos de integração, e as atividades transversais relacionadas às demais áreas da SES/DF, assim como a participação das Regionais de Saúde.

As falas descritas nas entrevistas expunham que esse processo de integração é contínuo e se transformou em uma rotina de trabalho. Na análise geral, as dimensões referentes a esse componente revelam o interesse da atual gestão em adequar as atividades, conjuntamente, com as demais áreas da SES/DF, fortalecendo tecnicamente as diretorias que compõe a área de vigilância em saúde do DF, com ações que vão desde a participação técnica na definição de ações e metas, até a participação nos foros de discussão, como é o caso do Colegiado de Gestão em Saúde (Quadro 13).

O componente produção da informação foi parcialmente implementado. A dimensão política indicou que a SVS/SES/DF utilizou informações técnicas com base nos compromissos estabelecidos no Pacto pela Saúde, nas dimensões: Pacto de Gestão e Pacto pela Vida, bem como nas prioridades relevantes para a melhoria do Sistema de Vigilância em Saúde.

Na dimensão técnica foi evidenciada que a SVS/SES/DF recebe os relatórios das visitas técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde, dos acompanhamentos das ações de vigilância em saúde, e que essas informações, mesmo que em parte, dão subsídios para definição de ações. As Regionais de Saúde não recebem essas informações, o que implica na participação ativa por parte dessas áreas que funcionam como a base de execução dos serviços prestados à população.

Na dimensão organizacional, o indicador identificou que há um processo de elaboração de informes técnicos contendo análise das ações de vigilância em saúde, e que são utilizadas essas análises para tomada de decisões quanto às condutas de melhoria da qualidade da atenção prestada na área de vigilância em saúde.

Não foram identificados esses informes citados nas entrevistas nos meios de divulgação da SES/DF, e nem na rede interna (intranet), nem nos documentos entregues a pesquisadora, o que demonstra um desafio a ser superado pela SVS/SES/DF no que diz respeito à disseminação e facilitação no acesso à informação.

Quadro 13 – Quadro síntese dos resultados da avaliação dos componentes do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (2010/2011) pelo Distrito Federal

1. SUB-COMPONENTE: ARTICULAÇÃO/MOBILIZAÇÃO	
COMPONENTE POLÍTICO	Predomínio de indicadores classificados como BOM
COMPONENTE TÉCNICO	Predomínio de indicadores classificados como BOM
COMPONENTE ORGANIZACIONAL	50% de indicadores classificados como BOM e; 50% de indicadores classificados como REGULAR
1.1 AVALIAÇÃO DO SUB-COMPONENTE: PARCIALMENTE IMPLEMENTADO	
2. SUB-COMPONENTE: PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO	
COMPONENTE POLÍTICO	Predomínio de indicadores classificados como BOM
COMPONENTE TÉCNICO	50% de indicadores classificados como BOM e; 50% de indicadores classificados como REGULAR
COMPONENTE ORGANIZACIONAL	Predomínio de indicadores classificados como BOM
2.1 AVALIAÇÃO DO SUB-COMPONENTE: PARCIALMENTE IMPLEMENTADO	
3. SUB-COMPONENTE: HOMOLOGAÇÃO	
COMPONENTE POLÍTICO	Predomínio de indicadores classificados como BOM
COMPONENTE TÉCNICO	Predomínio de indicadores classificados como BOM
COMPONENTE ORGANIZACIONAL	Predomínio de indicadores classificados como BOM
3.1 AVALIAÇÃO DO SUB-COMPONENTE: TOTALMENTE IMPLEMENTADO	
4. SUB-COMPONENTE: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	
COMPONENTE POLÍTICO	Predomínio de indicadores classificados como BOM
COMPONENTE TÉCNICO	Predomínio de indicadores classificados como BOM
COMPONENTE ORGANIZACIONAL	Predomínio de indicadores classificados como BOM
4.1 AVALIAÇÃO DO SUB-COMPONENTE: TOTALMENTE IMPLEMENTADO	

O componente homologação está implementado. Na dimensão política, a SVS/SES/DF indica ter adotado as recomendações do Ministério da Saúde conforme normativa da Portaria GM/MS n.º. 3.008/2009, sendo sua programação de vigilância em saúde apresentada, discutida e deliberada pelo Colegiado de Gestão em Saúde (CGS) da SES/DF.

Na dimensão técnica, o indicador apresenta que foram feitas as análises de situação de saúde com as áreas técnicas das diretorias, sendo discutidas as prioridades das ações com propostas enviadas ao CGS/SES/DF. E, a dimensão organizacional indica que foram validadas as ações pelo CGS/SES/DF.

No componente monitoramento e avaliação o resultado foi totalmente implementado. Na dimensão política, foi indicado que a SVS/SES/DF realiza em espaços coletivos (colegiados, grupos técnicos, comitês e oficinas) as discussões para definições sobre os

processos avaliativos, entretanto, foi identificado um encontro realizado, no ano 2010, sendo um seminário de avaliação em vigilância em saúde em que houve a participação de todas as diretorias que a compõe.

Na dimensão técnica o indicador apresentou que a SVS/SES/DF possui estratégias de monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde com foco no alcance dos indicadores pactuados na CIT, e que esse processo está institucionalizado.

Na dimensão organizacional o indicador caracterizou que a PAVS está inserida na Programação Anual de Saúde, e que são analisados os indicadores na sua totalidade. Entretanto, não foram identificadas as Programações Anuais de Saúde do período de 2003 a 2010, o que demonstra um desafio por parte da SES/DF em disponibilizar o acesso fácil a essas informações, principalmente por parte dos técnicos envolvidos e dos interessados.

Os resultados desta pesquisa revelam as vantagens da presença de um instrumento recomendado pelo MS, validado pelas demais representações do SUS.

Considerar a PAVS como um importante instrumento de programação, conforme relatado pelos entrevistados pressupõe compreender a permanente negociação entre os diversos entes federados da gestão do SUS, em um processo que deve ser cada vez mais legitimado e fortalecido nos espaços de decisão coletiva, estimulando à participação de atores envolvidos.

6. DISCUSSÃO

A descentralização da vigilância pelo governo federal para os estados e municípios ocorreu de forma heterogênea. Foi um processo demorado do ponto de vista da gestão, com resistência de atores importantes do SUS sobre a efetividade dos serviços pelos municípios, principalmente.

Configurou e ainda tem um aspecto muito importante para se concretizar enquanto componente estrutural da gestão. Primeiramente, eu acho que a questão de ampliação do espectro da vigilância em nosso país, onde na década de setenta e até mesmo a década de oitenta em que a vigilância era muito voltada para a vigilância de doenças transmissíveis. Fomos evoluindo, e quando eu falo nós, refiro-me ao Sistema de saúde do Brasil, com a instituição do SUS, a definição da vigilância epidemiológica, mais com o início do processo de descentralização, a consolidação do Centro Nacional de Epidemiologia, o Cenepi, e posteriormente o processo de descentralização, em 1999, e também a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, basicamente como passos de um processo de ampliação da vigilância epidemiológica, inicial, muito voltada para as doenças transmissíveis e que, por ocasião da Lei de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, até não considerava o município na sua proposta de atuação. Até porque os municípios eram muito frágeis ainda nessa questão de execução de ações de saúde, que não fossem ações assistenciais, mas a vigilância epidemiológica, agregada a ampliação do espectro da vigilância das doenças não transmissíveis com seus fatores de riscos. E aí exigindo, impondo ao sistema de saúde novas formas de vigilância pra dar conta da vigilância dos fatores de riscos das não transmissíveis. Aí eu cito como exemplo, a instituição do Vigitel, em 2006, que é a vigilância de fatores de riscos por amostragens das capitais, por telefone. A própria instituição do Departamento de Análise de Situação em Saúde com a coordenação de doenças não transmissíveis, dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde, é uma aproximação, embora ainda não seja, na minha avaliação, o desejável, da vigilância sanitária, inserindo é o recurso transferidos para os municípios, dentro do Piso Fixo de Vigilância em Saúde. A questão da vigilância ambiental em saúde, que é um mundo à parte, mas que foi inserida dentro do contexto da Secretaria de Vigilância em Saúde. Colocando a questão, com prioridades claras da necessidade de também apoiar nessa área. Como a questão da vigilância da qualidade da água, a questão do solo, a questão dos desastres, vigilância da qualidade do ar, e posteriormente a migração, da Secretaria de Assistência da Área da Saúde, da saúde do trabalhador pra um outro Departamento, extremamente importante no âmbito da vigilância em saúde, que é o Departamento de vigilância ambiental em saúde e saúde do trabalhador. Aí, sim, buscando não só a ampliação do conceito de vigilância, né. Lembrando que vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, das doenças crônicas. Uma questão que eu deixei por último, propositalmente, né, é a questão da saúde do trabalhador e a questão da apropriação para a análise em situação de saúde. Análise da situação de saúde não pode ser uma tese de mestrado, uma tese de doutorado, Análise da situação de saúde, tem que ser uma prática na esfera federal, no nível estadual e na esfera municipal, no sentido de a partir das necessidades da população, conseguir captá-las e mais do que isso, subsidiar os gestores de saúde e mais do que isso, o prefeito, o governador, o presidente da república, em políticas públicas adequadas para suprir as necessidades da população, expressadas através, de um instrumento riquíssimo e valioso que são as análises de situação em saúde. Eu cito um exemplo claríssimo da questão de evolução do conceito da vigilância em saúde no Brasil, embora tenhamos que percorrer um caminho muito importante, na minha opinião, é a questão das academias da saúde. ... (Entrevistado 3)

Primeiro, lembrar que descentralização da vigilância em saúde, foi o último processo da descentralização...até pelas peculiaridades da vigilância. A área assistencial, o Posto de Saúde, o município já tinha uma afinidade muito maior com essa questão. A vigilância, ela tem um caráter muito peculiar, diferente da parte assistencial...A vigilância, não, as vezes em uma febre não esclarecida, uma hiperemorrágica não esclarecida, ela vai demandar apoio do estado, apoio do governo federal, até mesmo o de organismos internacionais pra elucidar completamente aquele evento e recomendar medidas por seu controle pra prevenção de novos eventos no estado (Entrevistado 3)

Então, por esse motivo o processo de descentralização da vigilância foi mais vagaroso. Tinha uma tradição muito forte do governo federal através da Funasa, e antecedendo a Funasa, a Sucan, de executar

diretamente as ações de prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores nos municípios: malária, dengue, doenças de Chagas. Existia uma resistência de um setor importante da academia à descentralização dessas ações para os municípios, sob os argumentos de que os municípios não teriam capacidade de exercitá-la ou de executá-la. E aí, isso demandou uma discussão longa, e assim a efetiva descentralização ocorreu....(Entrevistado 3)

De acordo com as definições normativas do SNVS, a PAVS se propunha a ser uma das ferramentas que subsidia a gestão, dentro de uma programação de saúde mais abrangente e que objetiva o alcance dos indicadores de saúde pactuados pelos entes federados.

De qualquer forma a PAVS mesmo que não tenha sido um instrumento de programação, mas ela contribuiu para o aperfeiçoamento do processo de vigilância nos estados e municípios...Com certeza a melhoria de alguns processos de trabalhos, provavelmente, contribuiu inclusive para o alcance da Programação Anual de Saúde. E os resultados também foram favoráveis para, como por exemplo, trouxe, juntamente com os instrumentos de pactuação (entrevistado 4)

Como avanço a PAVS teve não perdeu de vista as ações que delineiam as prioridades da vigilância no país; contribuiu para a ampliação do escopo da vigilância em nosso país; qualidade no processo. Inserção das ações de vigilância sanitária.Retrospecto: fluidez que hoje tem em relação a PAVS, se fizer está bem, se não fizer está bem também....(Entrevistado 3)

O processo de condução e organização da PAVS no DF se apresentou de forma heterogênea no período estudado. Os sub-componentes articulação e mobilização, e produção a informação, estavam parcialmente implementados, e os sub-componentes homologação e monitoramento e avaliação foram classificados como totalmente implementados.

No contexto institucional, a SES-DF obteve bons resultados no componente político, nos quatro sub-componentes. Os resultados do componente técnico evidenciaram variações entre o sub-componente produção da informação e os demais. No componente organizacional, o sub-componente articulação e mobilização ficou definido como regular, sendo os demais três sub-componentes classificados como bom.

Esse processo é relevante, pois a eficácia na qualidade dos serviços de saúde prestados à população depende de um pleito de ações de processo que viabilizem aos executores, ferramentas a serem utilizadas de forma sistemática, com flexibilidade de reordenamentos nas ações propostas, que sejam exequíveis e compatíveis com os desafios de cada gestão, e que sejam compartilhados com os demais parceiros de serviços.

A utilização de ferramentas conjuntas, entre as três esferas de gestão do SUS, para a construção e consolidação do SNVS torna-se imprescindível para alinhar e delinear caminhos a percorrer objetivando o alcance da melhoria da qualidade na atenção à saúde da população.

No entanto, é importante considerar, ainda, a capacidade que cada gestão da saúde possui em administrar novas funções e interagir com os demais setores intrínsecos e, ainda, manter o equilíbrio entre *autonomia e interdependência* (Spedo et al, 2009).

As atribuições da gestão estadual na área da vigilância em saúde envolvem a elaboração de políticas, a contribuição técnica, o planejamento e programação, o cofinanciamento, o aperfeiçoamento de recursos humanos, o monitoramento e avaliação, além de execução das ações de saúde, de forma complementar, quando necessário, aos municípios (Costa *et. al*, 2013).

No entanto, a instituição de instrumentos de monitoramento e avaliação da gestão não garantem seu uso, assim como que seus resultados sejam considerados para o planejamento. Seu uso deve ser fomentado, utilizando mecanismos de envolvimento e de participação ascendente de todos os atores (Figueiró *et al*, 2012).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIÇÕES APRENDIDAS

O monitoramento das ações de saúde é atribuição essencial dos gestores do SUS, por ser inerente ao desenvolvimento das intervenções na perspectiva da melhoria dos indicadores de saúde, da qualificação dos serviços e ações, e do controle da execução dos recursos financeiros empregados. Propicia o conhecimento dos resultados alcançados, das intervenções realizadas e do contexto em que elas se inserem, com a identificação dos avanços e das dificuldades vivenciadas.

O acompanhamento da PAVS realizado pela SES-DF, por meio da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, reforça a importância estratégica desse processo para o fortalecimento da integração e cooperação entre as gestões: estadual e federal, com o objetivo de cumprir os acordos assumidos.

A institucionalização do monitoramento e avaliação na SVS/SES/DF com a criação de uma diretoria na área de planejamento e monitoramento e avaliação, formado por servidores com qualificação em avaliação em saúde, fortalece o processo de organização de trabalho. De acordo com os relatos dos entrevistados e nos documentos analisados, a PAVS fortaleceu a cultura de monitoramento e avaliação na SVS/SES/DF.

O processo de programação apresentou de modo geral, características bem implementadas no aspecto da visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS, de desenvolvimento de práticas que fortalecem a gestão estadual do SUS e de processos de trabalho integrados com o Ministério da Saúde.

Concernente ao processo de integração com as demais subsecretarias da SES/DF, não há registros que comprovem esse envolvimento, assim como a facilidade de acesso aos documentos produzidos ainda se caracterizam como um desafio a ser alcançado.

Concluindo, a SES-DF conta com importantes formas de capital político, normativo, técnico e humano para o desenvolvimento de uma política de Monitoramento e Avaliação forte e consistente.

A rede de serviços prestados com base na análise de situação de saúde produz o fortalecimento das condutas definidas, ou as redireciona com o propósito de alinhar os encaminhamentos feitos nos instrumentos pactuados nas três esferas de gestão.

Há uma proposta da SES-DF de descentralizar as ações de vigilância em saúde para as Regionais de Saúde, o que representaria um avanço para o fortalecimento e integração dos processos internos de trabalhos.

Os resultados encontrados nesse estudo pelas limitações metodológicas, devido a um estudo de caso único, não têm validade externa.

Algumas recomendações foram geradas, a partir deste estudo à SES-DF:

1. Elaborar estratégias que integrem a vigilância em saúde com as demais áreas da SES/DF, em especial com a atenção básica;
2. Registrar/documentar as ações realizadas e disponibilizá-las a todos os atores envolvidos, bem como aos interessados;
3. Reorganizar o modelo de registro das informações documentais no que concerne aos instrumentos de planejamento e gestão na área de vigilância em saúde, e efetivar o uso dos meios de divulgação interna da SVS/SES/MS;
4. Elaborar e divulgar documentos contendo análise dos indicadores e do desempenho na área de vigilância em saúde, no que se refere ao cumprimento das metas pactuadas e das ações desenvolvidas;
5. Fortalecer com capacitações reconhecidamente efetivas, o desempenho avaliativo de técnicos dos setores estratégicos da SVS/SES/DF;
6. Implementar o núcleo de monitoramento e avaliação da SVS/SES/DF com recursos humanos suficientes e qualificados;
7. Garantir a participação do gestor da SVS/SES/MS e seu representante legal nas discussões em torno dos indicadores pactuados;
8. Manter o estímulo à gestão da SVS/SES/DF no que se refere ao envolvimento das áreas técnicas das diretorias e suas diretorias na definição das metas;
9. Fortalecer o planejamento das ações tomando como base os indicadores, as metas pactuadas e o tempo para cumprimento destas;
10. Promover discussões com os gestores das Regionais de Saúde acerca das ações e resultados de indicadores pactuados concernentes a vigilância em saúde;
11. Apresentar e discutir os resultados dos indicadores dos compromissos assumidos na CIT, que envolve a área de vigilância em saúde em reuniões com as diretorias da SVS/SES/DF;
12. Promover discussões sobre concepção e abordagem do monitoramento e da avaliação, possibilitando a participação efetiva de atores da SVS/SES/DF;
13. Elaborar planos de ação de monitoramento e avaliação;
14. Monitorar os indicadores após a etapa de homologação das pactuações na área de

vigilância em saúde;

15. Articular com as Regionais de Saúde a definição de novas metas bem como analisar os relatórios/anexos de pactuação;

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Ed. Vozes. Petrópolis, 1995. 312 p;

Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais – Organizadores Isabella Samico. Et. al. – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

BASTOS, MILENA MARIA DO AMARAL - Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil - Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos/ Milena Maria do Amaral Bastos. Rio de Janeiro: s.n., 2009.162 f., il. Fundação Oswaldo Cruz;

BÍBLIA – Nova Tradução na Linguagem de Hoje (NTLH) – Livro de Provérbios, capítulo, versículo 7, disponível em <https://www.bible.com/pt/bible/211/pro.1.7.ntlh> Acesso em 02 de janeiro de 2014.

BRASIL. Decreto Nº 7.135, de 29 de março de 2010. Dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS; aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde; altera o Anexo II ao Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que trata do Estatuto e do Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde; e dá outras providências;

BRASIL, Instrutivo da Programação das Ações de Vigilância em Saúde – Ano 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/instrucoes_pavs_2008.pdf Acesso em: 03 de janeiro de 2010.

BRASIL, Instrutivo da Programação das Ações de Vigilância em Saúde – Ano 2010/2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/instrucoes_pavs_2008.pdf Acesso em: 03 de janeiro de 2010.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/sicon/index.jsp> Acesso em 14 de junho de 2012;

BRASIL. 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. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/sicon/index.jsp#> Acesso em: 14 de junho de 2012;

BRASIL. 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. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/sicon/index.jsp#> Acesso em: 14 de junho de 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/93. Brasil, 1993;

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/96. Brasil, 1996;

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – Portaria GM/MS nº. 1.399 de 15 de dezembro de 1999;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.008 de 01 de dezembro de 2009;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.252 de 22 de dezembro de 2009;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 228 p.:Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde);

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação de Apoio a Gestão descentralizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Xxp. – (Série A. Normas e manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/ Ministério da Saúde, Organização Pan- Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde);

BRASIL. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

BRASIL. Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças.

BRASIL. Portaria n. 3.252, de 29 de dezembro de 2009. Regulamenta a NOB SUS/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças;.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.008, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2009. Determina a programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal;

BRASIL. PORTARIA Nº 3.252 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências;

BRASIL. PORTARIA Nº 3.261, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009. Estabelece procedimentos para a suspensão do repasse dos recursos financeiros do Bloco de Vigilância

em Saúde aos municípios que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde e dá outras providências;

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Framework for program evaluation in public health*. Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta, Geórgia, v.48. sep.1999. 49p.;

CONTANDRIOPOULOS A-P et. al.. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. 20. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. Cap. 2. p. 29-47. 1997;

CONTANDRIOPOULOS, A. P., Poullier, J. P., & Contandriopoulos, D.(2000). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI e siècle. In M. P. Pomey & J. P. Poullier (Eds.), *Santé publique* (pp. 637-667). Paris: Elipses.;

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. v.I, p.77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980;

GRAHAM, K. et al.. *The evaluation casebook using evaluations techniques to enhance program quality in addictions*. Toronto: Addiction Research Formulations (ARF), 1994.;

GUBA, E. & LINCOLN, Y. Uma abordagem naturalística para avaliação. In: *Introdução à Avaliação de Programas Sociais*. São Paulo: Instituto Fontes Coletânea de Textos, p. 94-109, 2004;

GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. *Fourth Generation Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1990;

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

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz* — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p. il.

HOUAISS, Antonio (1915-1999) e Villar, Mauro de Salles (1939-) *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa / Antonio Houaiss e Mauro Salles Villar*; elaborado no Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. – 3.ed. ver. E aum. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2008;

LEI FEDERAL Nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6259.htm visualizado em 12 de julho de 2012;

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291 2001 visualizado <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n2/7003.pdf> em 14/04/2010;

MEDINA MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM. (Org.).

Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.p.41-63;

MEDINA, M. G. et al.. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p.15-28, 2000.;

MINAYO, M. C. de S. et al.. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. 20. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244p.;

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA – Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos - http://www.nesp.unb.br/utics/texto2_minayo_triangularcao.pdf (pesquisado em 10 de setembro de 2010).

MOREIRA, A.F.B. (2002) Currículo, diferença cultural e diálogo. *Educação e Sociedade*, XXIII, 79, ago., 15-38.;

MOTTA, P. R. *Avaliação na administração pública: eficiência, eficácia, efetividade*. Lisboa, 1989. (Mimeo);

PAIM, JAIRNILSON SILVA e TEIXEIRA, CARMEN FONTES – política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Visualizado em 18 de dezembro de 2010, no endereço eletrônico: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>

PATTON, M. Q. *Creative Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1981.;

PATTON, M. Q. *Practical Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1982.;

PATTON, M. Q. *Utilization-Focused Evaluation*. 3rd edition. The New Century Text, Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1997.;

PAULINO, GESSIANE VALE. Monitoramento Estadual da Programação Integrada da Vigilância em Saúde: um estudo de caso de avaliabilidade. Salvador, G.V. 2008 (Dissertação – Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia);

PENNA FIRME T. *Os avanços da avaliação no século XXI*, visualizado http://www.jurandirsantos.com.br/outros_artigos/ea_os_avancos_da_avaliacao_do_seculo_XI.pdf em 14/08/2012.;

Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Distrito Federal, ano 2007;

RIVERA, FRANCISCO JAVIER URIBE e ARTMANN, ELIZABETH – Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Visualizado em 02 de janeiro de 2011, no endereço eletrônico: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v4n2/7118.pdf>

Regimento Interno da SES/DF, visualizado no endereço eletrônico http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/Secretaria_de_Saude/regiminterno.pdf, em 25 de julho de 2012 às 10h17 mim;

SCHRAIBER, LILIA BLIMA *et al* – Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Visualizado em 18 de dezembro de 2010, no endereço eletrônico: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>

SCRIVEN, M. (1967). The methodology of evaluation. In . E. Stake (Ed.), *Curriculum evaluation*. (American Educational Research Association monograph Series on Evaluation, No. 1, pp. 39-83). Chicago: Rand McNally.;

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da; Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; Campinas, SP : [s.n.], 2004. (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas);

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A., 1994. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:80-91.;

TANAKA, O. Y. & MELO, C. *Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa*. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde, BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (org.). Editora Vozes, Petrópolis: 121-136. 2004.;

WORTHEN, Blaine R. Avaliação de programas: concepções e práticas / Blaine R. Worthen, James R. Sanders, Jody L. Fitzpatrick; tradução Dinah de Abreu Azevedo. – São Paulo: Editora Gente, 2004;

YIN, ROBERT K. Estudo de casos: planejamento e métodos / Robert K. Yin – tradução Daniel Grassi. 2ª Ed. – Porto Alegre – Bookman, 2001;

ANEXOS

Anexo 1

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Roteiro de Entrevistas

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução e organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa: Roteiro de entrevista

1.1. Secretário Estadual de Saúde ou seu Substituto

Data:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajatória anterior:

1. Você tomou conhecimento da programação das ações de vigilância em saúde? Em que época: antes ou após assumir o cargo de secretário de saúde do estado?

Componente 1: Articulação e Mobilização

Dimensão política

1. Nos anos de 2009 e 2010, houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados do Pacto pela Saúde, com foco nas ações de vigilância em saúde anteriores e a proposição de novas metas com gestores municipais na Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema PAVS para debate em reunião da CIB)

Inclusão na pauta Apresentação Discussão

2. Nos anos de 2009 e 2010, houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados do Pacto pela Saúde, com foco nas ações de vigilância em saúde anteriores e proposição de novas metas no Conselho Estadual de Saúde?

Inclusão na pauta Apresentação Discussão

3. Durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, você articulou com algum gestor municipal as novas metas para alcançar no ano de 2010?

Dimensão Técnica

4. Você precisou entrar em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de programação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. É do seu conhecimento que a SES prestou assessoria às SMS durante o período de programação? (Se sim, para quais municípios, quantos, por que, para quê?)

6. Você negociou com gestores municipais atividades chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas)

Dimensão organizacional

7. É do seu conhecimento se a SES recebeu a portaria da programação das ações de vigilância em saúde 2010/2011 em tempo hábil? (sondar a percepção do gestor com relação ao que ele considera como tempo hábil)

8. É do seu conhecimento que a SES enviou a mesma portaria da programação das ações de vigilância em saúde 2010/2011 para os municípios em tempo hábil?

9. É do seu conhecimento que quem coordenava a vigilância em saúde no estado se articulou com as áreas técnicas da SES para definição da programação das ações de vigilância em saúde 2010/2011? (Você tinha alguma diretriz nesse sentido?)

10. É do seu conhecimento que tenha havido em 2009, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com as áreas técnicas da SES de interface com a programação das ações de vigilância em saúde 2010/2011?

Apresentação Discussão

11. A SES definiu formalmente uma coordenação para a programação das ações de vigilância em saúde 2010/2011 no ano de 2009? (havia algum critério para exercer essa função?)

Componente 2: Produção da informação

Dimensão política

1. Você utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem programadas para os anos de 2010/2011?
2. Que outros elementos tiveram peso na sua decisão para programar novas ações para os anos de 2010/2011? (contar a história, o que prevaleceu mais?)

Dimensão organizacional

3. Você precisou de algum documento técnico elaborado pelo MS acerca dos indicadores ou do pacto da vigilância em saúde para ajudar na tomada de decisão?
4. Na SES foi elaborado algum documento contendo análise dos indicadores da programação das ações de vigilância em saúde, ou outras informações, relativas a anos anteriores para divulgação para as secretarias municipais (teve alguma diretriz orientando isso?)

Dimensão técnica

5. Na SES foi elaborado algum documento contendo análise dos indicadores da programação das ações de vigilância em saúde, ou outras informações, relativas a anos anteriores para divulgação dentro da secretaria (teve alguma diretriz orientando isso?)

Componente 3: Homologação

Dimensões: Política

1. É do seu conhecimento que, no ano de 2009, a SES ao adotar as recomendações do Ministério da Saúde, conforme Portaria GM/MS 3.009/09, encaminhou ao Ministério da Saúde a programação das ações de vigilância em saúde e a resolução pela Comissão Intergestores Bipartite? (Se sim, sondar se encaminhou PAVS + homologação CIB, ou um dos dois, ou nenhum)
2. É do seu conhecimento que a SES realizou a análise de situação de saúde para definir a programação das ações de vigilância em saúde, antes de encaminhar essa programação à Comissão Intergestores Bipartite? (Atentar para os eixos definidos para a PAVS)
3. É de seu conhecimento que a SES inseriu a programação das ações de vigilância em saúde na Programação Anual de Saúde? (Atentar para os instrumentos de planejamento e gestão)

Dimensão Técnica

4. Houve análise e discordância das áreas da SES envolvidas em relação a alguma das ações definidas pela SES e enviadas ao Ministério da Saúde?
5. Nesse caso, houve negociação com essa(s) área(s) para mudanças antes da homologação dos eixos pelo estado?

Dimensão Organizacional

6. É do seu conhecimento que a SES tenha descentralizado o processo de programação das ações de vigilância em saúde para as instâncias regionais de saúde? (houve alguma diretriz sua nesse sentido?)

Componente 4: Monitoramento e Avaliação

Dimensão Política

1. Você se articulou com secretários municipais, na CIB ou em outra oportunidade, a importância de monitorar e avaliar o que foi programado para os anos de 2010/2011?
2. Você proporciona à discussão em espaços coletivos (colegiados, grupos técnicos, comitês, oficinas) as definições sobre os processos avaliativos (o quê avaliar/ como avaliar)? (Como se dá esse momento)

Dimensão Técnica

2. A SES possui estratégias de monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde com foco no alcance dos indicadores do pacto e de relevância epidemiológica? (Se sim, quais estratégias? Como é feita?)

Dimensão Organizacional

3. A SES possui plano concreto para monitorar e avaliar o que o estado programou para os anos de 2010/2011?

Perguntas relacionadas aos resultados esperados

a) Para a Instituição, a PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?

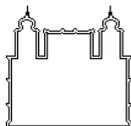
b) Para a Instituição, o processo de programação das ações de vigilância em saúde promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?

c) Para Instituição, a PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?

d) Para a Instituição, a PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?

e) Para a Instituição, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto pela saúde? De quais indicadores?

ANEXO 2



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Roteiro de Entrevistas

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa: Roteiro de entrevista

1.2. Coordenador Estadual da Vigilância em Saúde e similar

Data:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1. Contextualize a organização da SES no ano de 2009 (organograma)

2. Em que época você tomou conhecimento da programação das ações de vigilância em saúde (antes ou após assumir o cargo de coordenador(a) da atenção básica do estado)?

Componente 1: Articulação e Mobilização

Dimensão política

1. No ano de 2010, você tem conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre a programação das ações de vigilância em saúde e a proposição de novas metas com gestores municipais na Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema PAVS para debate em reunião da CIB)

() Inclusão na pauta

() Apresentação

() Discussão

2. No ano de 2010, você teve conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre a programação das ações de vigilância em saúde e proposição de novas metas no Conselho Estadual de Saúde? Qual sua participação?

() Inclusão na pauta

() Apresentação

() Discussão

3. É de seu conhecimento que, durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, o gestor estadual articulou com algum gestor municipal as novas metas para alcançar nos anos de 2010/2011?

Dimensão técnica

4. Sua coordenação precisou entrar em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de programação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. É de seu conhecimento se a SES prestou assessoria às Secretarias Municipais de Saúde durante o período de programação? (Se sim, para quais municípios, quantos, por quê, para quê?)

6. A Coordenação de vigilância em saúde negociou com gestores municipais atividades-chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas no sentido de sondar se para todas ou apenas algumas ações programadas e se houve definição de prioridades)

Dimensão organizacional

7. É de seu conhecimento se a SES recebeu a portaria da programação das ações de vigilância em saúde de 2010/2011 em tempo hábil? (sondar a percepção do (a) coordenador (a) com relação ao que considera como tempo hábil)

8. Se sim, é de seu conhecimento que a SES enviou a mesma portaria para os municípios em tempo hábil?

9. Você tem conhecimento que a coordenação de vigilância em saúde tenha se articulado com as áreas técnicas da SES para definição de novas ações? (Houve alguma diretriz nesse sentido? Quais áreas foram envolvidas e em que medida)

10. É de seu conhecimento se houve apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de ações anteriores e a proposição de novas metas com as áreas técnicas da SES de interface com a PAVS, em 2009?

() Apresentação () Discussão

11. É de seu conhecimento se a coordenação da vigilância em saúde estava formalmente definida pela SES? (havia algum critério para exercer essa função?)

Componente 2: Produção da informação

Dimensão política

1. A Coordenação da Vigilância em Saúde utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem programadas para os anos de 2010/2011?

2. Que outros elementos tiveram peso na decisão da Coordenação de Vigilância em Saúde para programar novas ações e metas para os anos de 2010/2011? (sondar a história, o que prevaleceu mais na definição)

Dimensão técnica

3. A coordenação de Vigilância em Saúde precisou de algum documento técnico elaborado pelo MS acerca das metas ou do pacto para ajudar na tomada de decisão? (Se sim, encontrou disponível?)

4. É de seu conhecimento que a coordenação de Vigilância em Saúde tenha elaborado algum documento contendo análise da PAVS, ou outras informações, relativas a anos anteriores para divulgação para as secretarias municipais (teve alguma diretriz orientando isso?)

Dimensão organizacional

5. É de seu conhecimento que a coordenação de Vigilância em Saúde tenha elaborado algum documento contendo análise da PAVS, ou outras informações, relativas a anos anteriores para divulgação dentro da secretaria (teve alguma diretriz orientando isso?)

Componente 3: Homologação

Dimensão política

1. É de seu conhecimento que a SES, ao ter adotado as recomendações do Ministério da Saúde, conforme Portaria GM/MS n°. 3.008/09, encaminhou ao MS sua Programação com a resolução pela Comissão Intergestores Bipartite?

2. Você sabe informar se houve análise e discordância do Ministério da Saúde em relação a algum dos eixos enviados pelas SES?

Dimensão técnica

3. Você sabe informar se houve análise da situação de saúde para definir a PAVS antes de encaminhar à CIB? (se sabe, como é feita?)

Dimensão organizacional

4. É de seu conhecimento que a PAVS foi descentralizada para as instâncias regionais de saúde, no ano de 2009? (houve alguma diretriz do gestor estadual nesse sentido?)

Componente 4: Monitoramento e Avaliação

Dimensão política

1. É de seu conhecimento se o gestor estadual se articulou com secretários municipais, na CIB ou em outra oportunidade, a importância de monitorar e avaliar o que foi pactuado para os anos de 2010/2011?

Dimensão técnica

2. A SES realiza monitoramento e avaliação da PAVS? (Como é feita)

Dimensão organizacional

3. A SES possui plano concreto para monitorar e avaliar o que programou para os anos de 2010/2011?

Perguntas relacionadas aos resultados esperados

a) Para a Instituição, a PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?

b) Para a Instituição, o processo da PAVS promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?

c) Para a Instituição, a PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?

d) Para a Instituição, a PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?

e) Para a Instituição, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto pela saúde? De quais indicadores?

f) Em relação à PAVS:

Planejamento das ações de vigilância em saúde.

- Quais instrumentos são utilizados? (manuais, instrutivos, roteiros, etc.). Qual é a opinião da equipe em relação a estes?

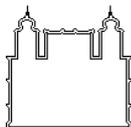
- Quanto tempo é dedicado às atividades de elaboração e monitoramento da PAVS? Quantas pessoas? São consideradas poucas, ou não suficientemente capacitadas?

- Os processos de elaboração e monitoramento da PAVS respondem a lógicas formais e “cartoriais”, ou são realizados considerando as reais necessidades de saúde da população?

- Para a Instituição a PAVS cumpriu ou vem cumprindo de forma satisfatória com o papel de instrumento “matriz”?

- Para a Instituição a PAVS é percebida como um instrumento importante de integração das políticas de vigilância em saúde?

ANEXO 3



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Roteiro de Entrevistas

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa: Roteiro de entrevista

1.3. Membro da Comissão Intergestores Bipartite

Data:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1. Contextualize a organização da CIB (mostrar organograma, se existente)
2. Em que época você tomou conhecimento da PAVS (antes ou após assumir o cargo de membro titular da Comissão Intergestores Bipartite)?

Componente 1: Articulação e Mobilização

Dimensão política

1. Nos anos de 2009/2010, você tem conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre a PAVS e a proposição de novas metas e/ou ações pelo estado à Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema PAVS para debate em reunião da CIB)

() Inclusão na pauta () Apresentação () Discussão

2. Nos anos de 2009/2010, você teve conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de programações anteriores e proposição de novas metas à Comissão Intergestores Bipartite? Qual sua participação?

() Inclusão na pauta () Apresentação () Discussão

3. Você tem conhecimento se a SES negociou com gestores municipais atividades chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas no sentido de sondar se para todas ou apenas algumas metas pactuadas e se houve definição de prioridades)

Dimensão Técnica

4. A CIB precisou entrar em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de programação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. É de seu conhecimento que, durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, que o gestor estadual articulou com algum gestor municipal as novas metas para alcançar no ano de 2010 e 2011?

Dimensão organizacional

6. A CIB teve conhecimento da Portaria do Ministério da Saúde sobre a PAVS para os anos de 2010/2011?

9. Você tem conhecimento que a PAVS do estado para os anos de 2010/2011 foi homologada pela CIB? (Houve alguma diretriz nesse sentido? Quais áreas foram envolvidas e em que medida) E com o gestor estadual?

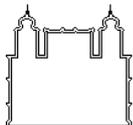
10. Houve apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas ações de vigilância em saúde pelo estado à CIB? (Em caso positivo, como se deu)

() Apresentação () Discussão

Componente 2: Produção da informação

Perguntas relacionadas aos resultados esperados

- a) Para a CIB, a PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?
- b) Para a CIB, o processo de condução da PAVS pelo estado promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
- c) Para a CIB, a PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?
- d) Para a CIB, a PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, o pacto constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
- e) Para a CIB, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto? De quais indicadores?

ANEXO 4

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**Roteiro de Entrevistas**

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa: Roteiro de entrevista

1.4. Membro do Colegiado de Gestão em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Data:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1. Contextualize a organização da CGS (mostrar organograma, se existente)
2. Em que época você tomou conhecimento da PAVS (antes ou após assumir o cargo de membro titular do Conselho Estadual de Saúde)?

Componente 1: Articulação e Mobilização**Dimensão política**

1. Nos anos de 2009/2010, você tem conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre a PAVS e a proposição de novas metas e/ou ações pelo estado no CGS? (Indicador: A SES incluiu o tema PAVS para debate em reunião do CGS)

Inclusão na pauta Apresentação Discussão

2. Nos anos de 2009/2010, você teve conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de programações anteriores e proposição de novas metas ao CGS? Qual sua participação?

Inclusão na pauta Apresentação Discussão

Dimensão Técnica

4. O Conselho Estadual de Saúde precisou entrar em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de programação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. É de seu conhecimento que, durante reuniões do CGS ou em outra oportunidade, que o gestor estadual tenha apresentado novas metas para alcançar nos anos de 2010 e 2011?

Dimensão organizacional

6. O Conselho Estadual de Saúde teve conhecimento da Portaria do Ministério da Saúde sobre a PAVS para os anos de 2010/2011?

9. Você tem conhecimento que a PAVS do estado para os anos de 2010/2011 foi homologada pelo CGS? (Houve alguma diretriz nesse sentido? Quais áreas foram envolvidas e em que medida)

10. Houve apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas ações de vigilância em saúde pelo estado ao CGS? (Em caso positivo, como se deu)

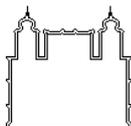
Apresentação Discussão

Componente 2: Produção da informação

Perguntas relacionadas aos resultados esperados

- a) Para o CGS, a PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?
- b) Para o CGS, o processo de condução da PAVS pelo estado promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
- c) Para o CGS, a PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES/DFS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?
- d) Para o CGS, a PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, o pacto constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
- e) Para o CGS, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto? De quais indicadores?

ANEXO 5



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Roteiro de Entrevistas

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa 1: Roteiro de entrevista

1.5. Membro do grupo de monitoramento e avaliação da vigilância em saúde do estado

Data:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Formação:

Trajetória anterior:

Idade:

1. Em que época você tomou conhecimento da PAVS?

Componente 1: Articulação e Mobilização

Dimensão política

1. No ano de 2009, você recorda ter havido inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados da PAVS e a proposição de novas metas com gestores municipais em reunião da Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema PAVS para debate em reunião da CIB)

Inclusão na pauta Apresentação Discussão

2. No ano de 2009, houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados da PAVS e proposição de novas metas no Conselho Estadual de Saúde?

Inclusão na pauta Apresentação Discussão

3. Durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, você articulou com o gestor estadual ou coordenador de vigilância em saúde do estado, ou substituto, novas ações e metas para os anos de 2010/2011 para o estado? (estratégias para alcance de metas)

Dimensão técnica

1. Você precisou entrar em contato com o gestor estadual ou coordenador de vigilância em saúde do estado para algum tipo de esclarecimento durante o período de programação? (Se sim, como ocorreu)

2. Em 2009, o gestor estadual negociou atividades-chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas no sentido de saber se foi para todas ou para algumas metas e se houve definição de alguma prioridade)

Dimensão organizacional

4. É do seu conhecimento se a SES recebeu a portaria PAVS em tempo hábil no ano de 2009? (sondar sua percepção com relação ao que ele considera como tempo hábil)

5. É do seu conhecimento que quem coordenava o pacto no estado se articulou com as áreas técnicas da Secretaria de Saúde para definição de novas metas? (Você tinha alguma diretriz nesse sentido?)

6. É do seu conhecimento que tenha havido, em 2009, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com as áreas técnicas da SES de interface com o pacto?
 Apresentação Discussão
7. A SES definiu formalmente uma coordenação para a PAVS? (Se sim, havia algum critério para exercer essa função?)

Componente 2: Produção da informação

Dimensão política

1. Você utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem programadas para os anos de 2010/2011?
2. Que outros elementos tiveram peso na sua decisão para programar as ações de vigilância em saúde para os anos de 2010/2011? (sondar a história, o que prevaleceu mais?)

Dimensão organizacional

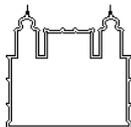
3. Você precisou de algum documento técnico elaborado pelo MS ou por outras áreas da SES acerca da PAVS ou do pacto pela saúde para ajudar na tomada de decisão?
4. Como se dá o monitoramento e avaliação da PAVS com vistas ao alcance das metas do pacto pela saúde e demais pactuações de interesse epidemiológico do estado?

Perguntas relacionadas aos resultados esperados

- a) A PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?
- b) O processo da PAVS promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
- c) A PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?
- d) A PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
- e) Os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do Pacto pela Saúde? De quais indicadores?
- f) Em relação à PAVS:

Planejamento das ações de vigilância em saúde.

- Quais instrumentos são utilizados? (manuais, instrutivos, roteiros, etc.). Qual é a opinião da equipe em relação a estes? E a sua?
- Quanto tempo é dedicado às atividades de elaboração e monitoramento da PAVS? Quantas pessoas? São consideradas poucas, ou não suficientemente capacitadas?
- Os processos de elaboração e monitoramento da PAVS respondem a lógicas formais e “cartoriais”, ou são realizados considerando as reais necessidades de saúde da população?
- Em geral, qual é a sua opinião sobre a PAVS? Ela cumpriu ou vem cumprindo de forma satisfatória com o papel de instrumento “matriz”?
- Em geral, a PAVS é percebida como um momento importante de integração das políticas de vigilância em saúde?

ANEXO 6

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**Roteiro de Entrevistas**

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa 1: Roteiro de entrevista

1.5. Técnico do Ministério da Saúde envolvido na PAVS

Data:

Local da entrevista:

Entrevistador:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

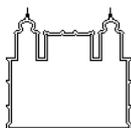
Formação:

Cargo atual:

Trajetória anterior:

1. Como você definiria a prática de monitoramento da PAVS no âmbito nacional?
2. Em sua opinião, a PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde? Justifique.
3. Em sua opinião, o processo da PAVS promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
4. Em sua opinião, a PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?
5. Em sua opinião, a PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito nacional? Ou seja, constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
6. Para você, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto pela saúde? De quais indicadores?
7. Quais instrumentos são utilizados na PAVS? (manuais, instrutivos, roteiros, etc.). Qual é a sua opinião em relação a estes?
8. Quanto tempo é dedicado às atividades de elaboração e monitoramento da PAVS?
9. Quais são as atividades realizadas no monitoramento nacional da PAVS? Quais você realiza?
10. Quais são os resultados alcançados a partir da prática de monitoramento da PAVS? Dê um exemplo.
11. Quais os avanços e desafios desse instrumento de planejamento e gestão no âmbito nacional?

ANEXO 7



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Roteiro de Entrevistas

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa 1: Roteiro de entrevista

1.5. Ex gestor do Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde

Data:

Local da entrevista:

Entrevistador:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

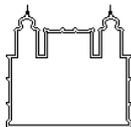
Idade:

Formação:

Cargo atual:

Trajetória anterior:

1. O que configurou a vigilância em saúde como componente estrutural da gestão?
2. Como se deu a institucionalização da gestão descentralizada em vigilância em saúde? (construção da gestão descentralizada em vigilância em saúde e financiamento)
3. Em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde instituiu um grupo técnico de monitoramento com o objetivo de apoiar e cooperar tecnicamente para o aprimoramento, nos estados e municípios, do sistema de vigilância em saúde. Diante dessa informação:
Como ocorreu a criação do grupo técnico?
Quais os critérios de participação do grupo técnico?
Qual a importância do grupo técnico para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde? (União, estados e municípios)
4. Em relação ao instrumento de planejamento e gestão das ações de vigilância em saúde: (Atual PAVS)
 1. Como você definiria a prática de monitoramento da PAVS no âmbito nacional?
 2. Em sua opinião, a PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde? Justifique.
 3. Esse instrumento de planejamento e gestão, PAVS, promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
 4. A PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?
 5. A PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito nacional? Ou seja, constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
 6. Quais os avanços e desafios desse instrumento de planejamento e gestão no âmbito nacional?

ANEXO 8

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**Roteiro de Entrevistas**

PROJETO DE MESTRADO: Avaliação do processo de condução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Instrumento de pesquisa 1: Roteiro de entrevista

1.6. Gestor do Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde de Vigilância

Data: _____ Local da entrevista: _____
Entrevistador: _____

Identificação do entrevistado

Nome: _____ Idade: _____
Sexo: _____
Formação: _____
Cargo atual: _____
Trajetória anterior: _____

1. O que configurou a vigilância em saúde como componente estrutural da gestão?
2. Como se deu a institucionalização da gestão descentralizada em vigilância em saúde? (construção da gestão descentralizada em vigilância em saúde e financiamento)
3. Em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde instituiu um grupo técnico de monitoramento com o objetivo de apoiar e cooperar tecnicamente para o aprimoramento, nos estados e municípios, do sistema de vigilância em saúde. Diante dessa informação:

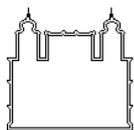
Como se dá a participação desse Grupo Técnico nos Estados e/ou Municípios?

Qual a periodicidade de assessoramento do Grupo Técnico aos estados e municípios?

Qual a importância do Grupo Técnico para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde? (União, estados e municípios)

4. Em relação ao instrumento de planejamento e gestão das ações de vigilância em saúde: (Atual PAVS)

1. Como você definiria a prática de monitoramento da PAVS no âmbito nacional?
2. A PAVS contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde? De que maneira?
3. Esse instrumento de planejamento e gestão, PAVS, promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
4. A PAVS contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual (is) aspecto(s)?
5. A PAVS estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito nacional? Ou seja, constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
6. Quais os avanços e desafios desse instrumento de planejamento e gestão no âmbito nacional?

ANEXO 9

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

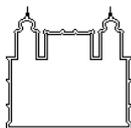
**Instrumento de pesquisa 2: Roteiro para análise documental**

- Anexos III – Quantos?
Impressos () Meio eletrônico ()

- Anexos IV - Quantos?
Impressos () Meio eletrônico ()

- Relatório(s) de reunião interna (SES). Verificar se contemplou as regionais.
- Relatórios de reunião conjunta (SES /CIB/CES)
- Ata(s) de reunião interna
- Ata(s) de reunião conjunta
- Programação de oficina com áreas da vigilância em saúde
- Programação de oficina entre vigilância em saúde e atenção básica.
- Folhetos informativos
- Boletins informativos
- Publicações
- Relatórios ou documentos técnicos
- Outros

ANEXO 10



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde – DF/2009

PROJETO DE PESQUISA: Avaliação do processo de condução e Organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada **Avaliação do processo de condução e Organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil**, que servirá de base para elaboração de dissertação de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde – DF/2009.

Você foi selecionado por ter atuação estratégica no processo de programação das ações de vigilância em saúde em seu estado. Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo consistem em aprofundar o conhecimento sobre a condução do processo de implantação da Programação das Ações de Vigilância em Saúde como um instrumento norteador que subsidia a inserção de ações de vigilância em saúde na Programação Anual de Saúde que ocorre no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, os fatores do contexto institucional que o influenciam e identificar aspectos que contribuam com a definição dessas ações, o monitoramento e a avaliação de indicadores do Pacto pela Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações, que serão gravadas por meio de gravador (com reprodução sonora) concernentes às formas de definição e negociação do processo da programação das ações de vigilância em saúde, bem como o monitoramento dessas ações e avaliação dos indicadores do Pacto pela Saúde. Os benefícios relacionados com a sua participação são indiretos e relacionam-se com o caráter pedagógico do processo avaliativo em questão.

Os dados serão analisados de forma agregada, tanto em termos da análise documental, como as informações geradas pelas entrevistas. Entretanto, há risco de identificação do cargo ocupado, por se tratar de um número reduzido de entrevistados, e pelo cargo público exercido. Diante dessa possibilidade, o (a) senhor (a) permite a identificação do seu cargo, em caso de necessidade?

Os dados coletados durante a realização da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora para garantir a confidencialidade das respostas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, de sua orientadora, e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora principal: Estanislene Oliveira Brilhante

Ministério da Saúde – Unidade VI – Setor Comercial Sul – Edifício Principal – Quadra 4 Bloco A, 1º Andar CEP 70.304-000 – Brasília-DF. Fone: 61 – 3213-8061 ou 61- 3213-8075.

Orientadora: Professora Doutora Rosely Magalhães de Oliveira

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Manguinhos. Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210. Fone: (021) 2598-2525.

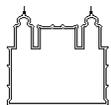
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 - Térreo. Manguinhos. Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210. Fone: (21)-2598-2863.

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

Sujeito da pesquisa: Nome _____ Data ___/___/___

Sujeito da pesquisa

ANEXO 11

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

Brasília, DF, de julho de 2011.

A Sua Senhoria (o) a Senhor (a)
Diretor (a) do Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sobre Loja, Sala 110
Ministério da Saúde
70058-900 – Brasília – DF

Assunto: **Termo de autorização Institucional**

Senhor(a) Diretor(a)

Ao tempo em que cumprimento cordialmente Vossa Senhoria, informo que participo do curso de mestrado profissional em avaliação em saúde/DF, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na qualidade de mestranda com o projeto “Avaliação do Processo de Condução e Organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil”.

O projeto objetiva avaliar o processo de Programação das Ações de Vigilância em Saúde considerando os componentes político organizacional e técnico, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Visa aprofundar o conhecimento acerca desse processo, a fim de identificar estratégias que possam contribuir para o alcance dos indicadores do Pacto pela Saúde e demais prioridades de relevância epidemiológica (documento em anexo).

É de minha responsabilidade o fornecimento de qualquer esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. As informações resultantes serão sigilosas, os resultados para os usuários potenciais da avaliação serão apresentados na forma de relatórios parciais, sumários executivos e relatório final da avaliação. As dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas por e-mail estanislene.oliveira@saude.gov.br ou pelo telefone (61) 3315-3657; por minha orientadora Professora Doutora Rosely Magalhães de Oliveira no e-mail rosely@ensp.fiocruz.br ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública no telefone (21) 2598-2863.

Entretanto, para que seja efetivado esse estudo, faz-se necessário examinar também, nesse Departamento, dados institucionais disponíveis em documentos como relatórios técnicos, notas técnicas, e atas de reuniões que envolvam a Programação das Ações de Vigilância em Saúde no período de 2009 a 2010.

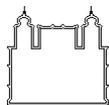
Diante do exposto, solicito a Vossa Senhoria permissão para realização de entrevistas, previstas na pesquisa, nas dependências dessa instituição, em caso de necessidade, bem como autorização para proceder à pesquisa para o período de agosto e setembro de 2011, conforme descrito no cronograma, anexo, do projeto.

Desde já, agradeço antecipadamente vossa colaboração.

Respeitosamente,

Estanislene Oliveira Brilhante Silva
Pesquisadora

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXO 12

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

Brasília, DF, de julho de 2011.

Ao Exmo. Senhor (a)
Secretário (a) Estadual de Saúde
Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) Parque Rural s/n Sede da SES/DF
CEP: 70086-900 - Brasília – DF

Assunto: **Termo de autorização Institucional**

Senhor (a) Secretário (a)

Ao tempo em que cumprimento cordialmente Vossa Excelência, informo que participo do curso de mestrado profissional em avaliação em saúde/DF, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na qualidade de mestranda com o projeto “Avaliação do Processo de Condução e Organização da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: estudo de caso na região Centro Oeste do Brasil”.

O projeto objetiva avaliar o processo de Programação das Ações de Vigilância em Saúde considerando os componentes político organizacional e técnico, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Visa aprofundar o conhecimento acerca desse processo, a fim de identificar estratégias que possam contribuir para o alcance dos indicadores do Pacto pela Saúde e demais prioridades de relevância epidemiológica (documento em anexo).

É de minha responsabilidade o fornecimento de qualquer esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. As informações resultantes serão sigilosas, os resultados para os usuários potenciais da avaliação serão apresentados na forma de relatórios parciais, sumários executivos e relatório final da avaliação. As dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas por e-mail estanislene.oliveira@saude.gov.br ou pelo telefone (61) 3315-3657.

Entretanto, para que seja efetivado esse estudo, faz-se necessário examinar também, nessa Secretaria, dados institucionais disponíveis em documentos como relatórios técnicos, notas técnicas, e atas de reuniões que envolvam a Programação das Ações de Vigilância em Saúde no período de 2009 a 2010.

Diante do exposto, solicito a Vossa Senhoria permissão para realização de entrevistas, previstas na pesquisa, nas dependências dessa instituição, em caso de necessidade, bem como autorização para proceder à pesquisa para o período de agosto e setembro de 2011, conforme descrito no cronograma, anexo, do projeto.

Desde já, agradeço antecipadamente vossa colaboração.

Respeitosamente,

Estanislene Oliveira Brilhante Silva
Pesquisadora

De Acordo, em de junho de 2011.

ASSINATURA E CARIMBO



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 3.008, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2009

Determina a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas;

Considerando a Portaria nº 2.669/GM, de 3 de novembro de 2009, que estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.

Considerando a Portaria nº 2.751/GM, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde;

Considerando a pactuação em reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 26 de novembro de 2009; e

Considerando que compete às três esferas de gestão do SUS a inserção das ações de Vigilância em Saúde nos processos de elaboração dos respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde, resolve:

Art. 1º Determinar que a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) seja um elenco norteador que subsidia a inserção de ações de vigilância em saúde na Programação Anual de Saúde (PAS) do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

§ 1º A PAVS deve compor a PAS seguindo a premissa do planejamento ascendente, permitindo flexibilidade na definição de suas ações e atividades.

§ 2º Para o alcance da integralidade, a PAVS será realizada em articulação com a Atenção à Saúde, particularmente com a Atenção Primária à Saúde.

Art. 2º Definir que o elenco norteador de ações que compõem a PAVS tenha sua vigência para o biênio de 2010-2011 e esteja organizada pelos seguintes eixos:

I - ações prioritárias nacionais: ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão;

II - ações prioritárias segundo critérios epidemiológicos: ações de relevância epidemiológica para determinadas regiões do País, ou mesmo de relevância nacional; e

III - ações para fortalecimento do sistema: ações transversais que contribuem para o fortalecimento dos Sistemas Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária.

Art. 3º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete ao Ministério da Saúde:

I - disponibilizar a cooperação técnica às SES no processo de planejamento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisões; e

II - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde nos Estados.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde, quando acordado e em conjunto com a SES, poderá realizar monitoramento das ações de Vigilância em Saúde junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Art. 4º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete à SES:

I - coordenar o processo de elaboração da PAVS no Estado, a partir de definições acordadas nas CIB de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compoendo a Programação Anual de Saúde do Estado;

II - disponibilizar cooperação técnica às SMS no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

III - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde nos Municípios; e

IV - acordar, nos respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as ações de âmbito regional.

Art. 5º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete à SMS:

I - elaborar sua programação das ações de vigilância em saúde;

II - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde; e

IV - acordar, nos respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as ações de âmbito regional.

Art. 6º Definir que o envio da PAVS para o biênio 2010/2011 respeite os seguintes fluxos e prazos:

I - apresentação da PAVS Estadual na sua respectiva CIB: até 31 de dezembro de 2009;

II - envio da PAVS Estadual para o MS: até 29 de janeiro de 2010;

III - apresentação das PAVS municipais nas respectivas CIB: até 26 de fevereiro de 2010; e

IV - envio da PAVS Municipal às SES: até 26 de março de 2010.

Art. 7º Para avaliação das ações de Vigilância em Saúde, cada ente federado deve apresentar, em seu respectivo relatório anual de gestão, os resultados alcançados com as ações desenvolvidas.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO