

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

SELDA GOMES DE SOUSA

AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DA PARAÍBA

RECIFE
2014

SELDA GOMES DE SOUSA

AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DA PARAÍBA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Freese de Carvalho

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S725a Sousa, Selda Gomes de.

Avaliação da vigilância epidemiológica do Estado da Paraíba/Selda Gomes de Sousa. - Recife: [s.n.], 2014.

146 p.: ilus., tab., graf.; 30 cm.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho.

1. Vigilância Epidemiológica. 2. Avaliação em Saúde. 3. Serviços de Saúde. I. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Título.

CDU 614.39

SELDA GOMES DE SOUSA

AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DA PARAÍBA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Freese de Carvalho
CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Dr. Joselito Santos
Faculdade Independente do Nordeste/FAINOR

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Prof^a. Dra. Eduarda Cesse
CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Dr. WaynerSouza
CPqAM/FIOCRUZ

Dedico este trabalho as minhas filhas Anna Carlyne e Anna Júlya, igualmente incomparáveis em essência, estímulos que me impulsionaram a buscar vida nova a cada dia.

Meus sinceros agradecimentos por terem aceitado se privar de minha companhia em razão dos estudos, concedendo a mim a oportunidade de me realizar ainda mais.

AGRADECIMENTOS

Existem pessoas em nossas vidas que nos deixam felizes pelo simples fato de terem cruzado o nosso caminho. Algumas percorrem ao nosso lado, vendo muitas luas passarem, mas outras apenas vemos entre um passo e outro. A todas elas chamamos de amigos. Há muitos tipos de amigos. Talvez cada folha de uma árvore caracterize um deles. Os primeiros que nascem do broto são o amigo pai e a amiga mãe. Mostram o que é ter vida.

Depois vem o amigo irmão, com quem dividimos o nosso espaço para que ele floresça como nós. Passamos a conhecer toda a família de folhas, a qual respeitamos e desejamos o bem. O destino ainda nos apresenta outros amigos, os quais não sabíamos que iriam cruzar o nosso caminho. Muitos desses são designados amigos do peito ou do coração. Eles são sinceros e verdadeiros. Sabem quando não estamos bem, o que nos faz feliz, mas também há aqueles amigos por um tempo, talvez umas férias ou mesmo um dia ou uma hora.

Esses costumam colocar muitos sorrisos na face, durante o tempo que estamos por perto. Não podemos nos esquecer dos amigos distantes, que ficam nas pontas dos galhos, mas, quando o vento sopra, aparecem novamente entre uma folha e outra.

O tempo passa. O verão se vai. O outono se aproxima, e perdemos algumas de nossas folhas. Algumas nascem num outro verão e outras permanecem por muitas estações. O que nos deixa mais felizes é quando as folhas que caíram continuam por perto, continuam alimentando as nossas raízes com alegria. Lembranças de momentos maravilhosos, enquanto cruzavam o nosso caminho.

Tudo isso porque, simplesmente, cada pessoa que passa em nossa vida é única. Sempre deixa um pouco de si e leva um pouco de nós. Há os que levaram muito, mas não há os que não deixaram nada. Esta é a maior responsabilidade de nossa vida e a prova evidente de que duas almas não se encontram por acaso.

Agradeço à Deus, criador de todas as coisas, por me fortalecer a cada dia.

A minha filha Anna Carolyne, minha princesa repleta de compreensão, que em muitos momentos abriu mão de instantes que deveriam ser dela para que me dedicasse às atividades acadêmicas.

A minha filha Anna Júlya, minha magrinha linda, que vivenciou comigo essa conquista.

Aos meus pais, João e Ana, que me deram a vida, pessoas que sempre foram exemplos de coragem, amor, determinação, retidão e perseverança. Sei que se esforçaram para compreender as escolhas que fiz.

As minhas irmãs Francisca, Marilene e Alessandra, pessoas que representaram a união nos momentos importantes para mim.

Ao Wilker Camboim, pelo companheirismo, cumplicidade, risadas e astúcias vivenciadas juntos. Foi bom ter você na qualificação desse sonho. Vivenciamos juntos o último ano do meu Doutorado.

Ao CPqAM/FIOCRUZ, especialmente durante o processo de seleção, acreditei que estava em um espaço ético. Fui uma suburbana aprovada no Doutorado.

Ao meu orientador, Dr. Eduardo Freese, mais que um professor, um amigo com quem interagi na busca do conhecimento trazendo cada vez mais experiência e amadurecimento profissional. Que acreditou no meu potencial e me aceitou como orientanda. Impossível esquecer o primeiro momento.

Ao meu Mestre, Joselito Santos, jamais esquecerei os seus ensinamentos, sua postura ética e sua dedicação na tarefa de me ajudar a realizar meus sonhos, sem dúvida, um professor no sentido profundo da palavra.

À Prof.^a Tatiana Vasconcelos, pelo seu espírito científico e empreendedor na tarefa de multiplicar meus conhecimentos, por ter me ensinado a importância de crescer cientificamente. Ainda que distante, não me esqueço da sua confiança.

Ao Prof. Carlos Bezerra, pelos seus ensinamentos e por acreditar que eu seria capaz de vivenciar este momento.

Aos participantes deste estudo pela paciência, disponibilidade e compreensão.

Aos colegas de classe pela oportunidade e alegria na troca de informações e materiais numa rara demonstração de amizade e solidariedade.

A todos os professores do CPqAM pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos demais idealizadores, coordenadores e funcionários do CPqAM/FIOCRUZ.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma participaram dessa conquista.

Tenham certeza que todos vocês foram muito importantes nessa conquista.

Por mais que vocês tentem imaginar, jamais poderão compreender o que estou vivenciando neste momento. Sem palavras.

A todos vocês,
muito obrigada!

*“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original.”*

Albert Einstein

SOUSA, Selda Gomes de. **Avaliação da vigilância epidemiológica do Estado da Paraíba**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

Vigilância Epidemiológica (VE) é compreendida como um processo sistemático e contínuo de coleta, análise, interpretação e disseminação de informação, cuja finalidade é recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de problemas em relação à saúde. O presente estudo tem como objetivo avaliar o grau de implantação da VE no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (Nível Central e Gerencias Regionais de Saúde-GRS) do Estado da Paraíba, com enfoque nas dimensões de estrutura e processo de trabalho. A pesquisa é um estudo de caso. Foi utilizada uma abordagem de avaliação normativa, com ênfase nas dimensões de estrutura e do processo de trabalho. Dessa forma, foi construída uma matriz contendo componentes e subcomponentes da VE. Foram aplicadas entrevistas aos profissionais que atuam na VE do nível central e das GRS. O estudo revelou que a vigilância epidemiológica está implantada no nível central e em 04 (33%), enquanto que em 05 está parcialmente implantada (42%) e em 03 está precariamente implantada (25%). Assim sendo, o somatório das médias obtidas das 12 Gerencias Regionais de Saúde e mais o nível central classifica a vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba como parcialmente implantada. Ademais, influencia do contexto político e organizacional na implantação da vigilância epidemiológica também fora visto. Esse contexto é resultado do processo de municipalização que ocorreu de maneira desordenada na Paraíba. Portanto, compreende-se que toda mudança é processual e contínua. Para a efetivação das ações da VE na SES-PB, é necessário o enfrentamento dos problemas existentes com a implementação de novas estratégias, dentre elas, o fortalecimento do processo de trabalho através de investimentos financeiros na área de recursos humanos, buscando melhoria e a qualificação profissional.

Palavras chaves: Vigilância Epidemiológica. Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde.

SOUSA, Selda Gomes de. **Evaluation of epidemiological surveillance of the state of Paraíba**. 2014. Thesis (Ph.D. in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ABSTRACT

Epidemiological Surveillance (ES) is understood as a systematic and continuous collection, analysis, interpretation and dissemination of information, whose purpose is to recommend and adopt measures to prevent and control problems related to health. The present study aims to assess the degree of implementation of VE within the State Department of Health (Central Level and Regional Offices of Health - GRS) of Paraíba state, focusing on the dimensions of structure and work process. The research is a case study. An approach to regulatory review, with emphasis on the structure and dimensions of the work process was used. Thus, we constructed a matrix containing components and subcomponents of the VE. To professionals in the LV central level and GRS interviews were applied. The study revealed that the surveillance is implemented at the central level and in 04 (33%), while 05 are partially implemented (42%) and 03 is poorly located (25%). Therefore, the sum of the averages of the 12 Regional Offices of Health and again the central level classifies epidemiological surveillance of the State Department of Health as part of Paraíba located. Additionally, influences the political and organizational context in the implementation of epidemiological surveillance had also seen. This context is a result of the decentralization process that occurred in disorderly manner in Paraíba. Therefore, it is understood that all change is procedural and continuous. To implement actions in the VE SES -PB, the confrontation of the problems with the implementation of new strategies is necessary, among them, the strengthening of the labor process through investments in human resources, improvement and seeking professional qualification.

Keywords: Epidemiological Surveillance. Health Evaluation. Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Atribuições definidas para os estados, de acordo com a portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009.	31
Figura 1 - Mapa do Estado da Paraíba. Macrorregiões de Saúde.	37
Figura 2 - Modelo Lógico da VE da PB.	47
Quadro 2 - Itens necessários para aferir o grau de implantação.	48
Quadro 3 - Avaliação da implantação da VE (valores/frequência).	48
Figura 3 - Níveis de Análise - VE da SES-PB. 2012.	50
Quadro 4 - Peso dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho, nos dois níveis de análise.	52
Quadro 5 - Análise do contexto da VE. SES-PB. Brasil, 2013.	73

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 1^o Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013. 55
- Tabela 2** - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 2^a Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013. 56
- Tabela 3** - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 12^o Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013. 57
- Tabela 4** - Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 3^a Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013. 59
- Tabela 5** - Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 4^a Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013. 60
- Tabela 6** - Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 5^a Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013. 61
- Tabela 7** - Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 6^a Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013. 62
- Tabela 8** - Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 7^a Gerência Regional de Saúde. SES-

PB. Brasil, 2013.	63
Tabela 9 - Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 11ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.	64
Tabela 10 - Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 8ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.	65
Tabela 11 - Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 9ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.	66
Tabela 12 - Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 10ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.	67
Tabela 13 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.	67
Tabela 14 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.	68
Tabela 15 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.	69
Tabela 16 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.	70
Tabela 17 - Avaliação do grau de implantação da VE do nível central. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.	72
Tabela 18 - Avaliação do grau de implantação da VE das 04 macrorregiões	

de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013. 72

Tabela 19 - Avaliação do grau de implantação da VE da SES-PB. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013. 73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações integradas de Saúde
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Saúde
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de óbito
ECD	Epidemiologia e Controle de Doenças
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FES	Fundos Estaduais de Saúde
FMS	Fundos Municipais de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GI	Grau de Implantação
GRO	Gerencia Regional Orçamentária
GRS	Gerencia Regional de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma da Atenção à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PB	Paraíba
PPI	Programação Pactuada Integrada
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Conceito, origem e evolução da Vigilância Epidemiológica e do SUS	20
1.2 O processo de descentralização das ações de saúde	22
1.3 A vigilância epidemiológica descentralizada: diretrizes e modelo	26
1.4 O processo de regionalização do estado da Paraíba	35
1.4.1 O território do estado da Paraíba	36
2 JUSTIFICATIVA	39
3 OBJETIVOS	41
3.1 Geral	41
3.2 Específicos	41
4 MÉTODO	42
4.1 Desenho do estudo	42
4.2 Cenário do estudo	44
4.2.1 Caracterização do estado	44
4.3 População e amostra	44
4.4 A construção do modelo lógico da VE da Paraíba	45
4.5 Modelo lógico da VE da PB	46
4.6 A avaliação do grau de implantação da VE SES-PB	48
4.7 Instrumento de coleta de dados	49
4.8 Coleta de dados	49
4.9 Plano de análise	50
4.10 Aspectos éticos da pesquisa	53
5 RESULTADOS	55
5.1 Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde	55
5.1.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 1ª GRS	55
5.1.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 2ª GRS	56
5.2 Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de	

saúde	58
5.2.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 3ª GRS	58
5.2.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 4ª GRS	59
5.2.3 Avaliação do grau de implantação da VE da 5ª GRS	60
5.3 Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde	
	61
5.3.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 6ª GRS	61
5.3.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 7ª GRS	62
5.3.3 Avaliação do grau de implantação da VE da 11ª GRS	63
5.4 Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde	
	64
5.4.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 8ª GRS	64
5.4.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 9ª GRS	65
5.4.3 Avaliação do grau de implantação da VE da 10ª GRS	66
5.5 Síntese: Avaliação do grau de implantação da I macrorregião de saúde	
	67
5.6 Síntese: Avaliação do grau de implantação da II macrorregião de saúde	
	68
5.7 Síntese: Avaliação do grau de implantação da III macrorregião de saúde	
	69
5.8 Síntese: Avaliação do grau de implantação da IV macrorregião de saúde	
	70
5.9 Avaliação do grau de implantação da VE do nível central	71
5.10 Avaliação do grau de implantação da VE das 04 macrorregiões	72
5.11 Avaliação do grau de implantação da VE da SES-PB	73
5.12 Análise do contexto da VE da SES-PB	73
6 DISCUSSÃO	75
6.1 Análise avaliativa da implantação da VE da SES-PB: A estrutura e a organização do processo de trabalho em saúde	75
6.2 A influência do contexto da vigilância epidemiológica	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85

8 RECOMENDAÇÕES	87
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	97
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados - GRS	99
APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados - Nível central	105
ANEXO A - Carta de anuência	111
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP	112
ANEXO C - Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009	113

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conceito, origem e evolução da Vigilância Epidemiológica e do SUS

Conceitualmente, a Vigilância Epidemiológica (VE) é compreendida como um processo sistemático e contínuo de coleta, análise, interpretação e disseminação de informação, cuja finalidade é recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de problemas de saúde (BRAGA; WERNECK, 2009). Nesse sentido, um sistema de vigilância é considerado como um conjunto de atividades e procedimentos que mantêm este processo e que opera em diversas hierarquias. É fato que, originalmente, o termo VE tenha focalizado apenas as doenças infecciosas, em especial aquelas que provocam grandes epidemias. Atualmente, o conceito está ampliado de forma a incluir também outros problemas de saúde, como a doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as violências, os fatores de risco, os riscos ambientais, dentre outros (BRAGA; WERNECK, 2009).

Inicialmente, as ações de VE se limitavam à observação de indivíduos suspeitos e dos seus contatos, sendo suas práticas de atuação no regime de quarentena. A VE tem sua história pautada como atividade da saúde pública, quando foi estabelecida tal prática para a proteção dos indivíduos frente às epidemias. O isolamento e a quarentena determinavam a separação de indivíduos de seus contatos habituais, assumindo caráter compulsório, típico da polícia médica, visando defender as pessoas sadias. Dessa forma, elas eram separadas dos doentes ou daquelas que potencialmente poderiam vir a apresentar essa condição. Esse conjunto de medidas de tipo restritivo, policial e com caráter punitivo, criava sérias dificuldades para o intercâmbio comercial entre países. Portanto, tratava-se de ações centradas no indivíduo e não nas enfermidades (ROMERO; TRONCOSO; DEL, 1981; CARVALHO; MARZOCCHI, 1992; WESTERN, 1980).

Mais adiante, ainda sendo uma prática empírica com o advento da microbiologia e o desenvolvimento do comércio, o termo vigilância na saúde pública passa a ser discutido (FOSSAERT et al., 1974).

Nessa mesma época, as práticas hegemônicas na saúde, ou seja, acesso restrito na assistência ambulatorial e hospitalar, dicotomia institucional e de práticas, deficiências da estrutura e de financiamento, avaliação e controle de serviços contratados de forma inadequadas e assistência médica em crescente privatização

eram característicos de uma gestão centralizadora (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001; CASTRO, 1991; SILVA, 2003).

Todavia, essas definições pareciam estar bem restritas às doenças transmissíveis, quando na 21ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1968, o conceito de vigilância epidemiológica passou a ter uma discussão mais enfática. A partir desse momento, passou a ser aplicado em diversos problemas de saúde pública tais como: acidentes, riscos ambientais, dentre outros. Observa-se que era dado visibilidade à determinação dos fatores sociais, econômicos e ambientais (WALDMAN, 1991).

O marco da institucionalização das ações da VE no país se dá, na década de 60, com a campanha de erradicação da varíola pela necessidade da implantação de unidades de VE no interior das Secretarias Estaduais de Saúde. A partir de então, a VE começa a se organizar (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi regulamentado em 1975, através da Lei nº 6.259, na qual o Ministério da Saúde ficaria responsável pelos para efetuar medidas de controle, sobretudo das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 1975). Posteriormente, através de um movimento dinâmico e ao mesmo tempo histórico, a VE integra o processo de discussão da municipalização aprimorando e ampliando sua área de atuação, tanto no âmbito legal quanto na sua esfera conceitual (GOLDBAUM, 1996).

Com o avanço da discussão e ainda da necessidade dessas práticas, a Lei nº 8.080 que caracteriza a atual legislação, define a VE como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, cuja finalidade é recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos à saúde das populações (BRASIL, 1990a; CARVALHO; SAMPAIO; CESSE, 2005).

A construção da política de saúde que resultou no delineamento do SUS, buscava a superação de problemas identificados na estrutura e na organização das ações e serviços de saúde vigentes (BRASIL, 1988; TANAKA; DRUMOND JUNIOR, 2010).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, associado com a implantação de políticas sociais determinou a aceleração dos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional do país (FREESE; CESSE,

2013). Ao longo dos anos, foi verificado uma importante redução nos índices de mortalidade infantil, principal indicador mundial de desenvolvimento social (BRASIL, 1998; CARVALHO; SAMPAIO; CESSE, 2005).

Esse avanço se deu também a partir do processo de universalização e de descentralização do SUS e, particularmente do sistema de VE (NARVAI; CASTELLANOS, 1988; VIANA; DAL POZ, 1998).

Silva Júnior (2004, p.33) aponta que:

O processo de descentralização do SUS foi iniciado pelas ações de prestação de serviços de saúde já em meados dos anos 80. No final da década de 90, esse complexo movimento de reforma política e administrativa alcançou a área de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças, produzindo um reposicionamento de cada uma das três esferas de governo que gerenciam a União, Estados e Municípios, onde se observa a necessidade de novas habilidades e da introdução de práticas que tornem possível a plena execução das suas atuais atribuições e responsabilidades específicas.

Na década de 90, o complexo movimento de reforma política e organizativa no âmbito do SUS reformulou a área de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças. Este produziu um reposicionamento de cada uma das três esferas de governo que gerenciam o sistema: a União, os Estados e os Municípios. Observa-se para a VE a necessidade de novas habilidades e da introdução de práticas que tornassem possível a plena execução das suas atuais atribuições e responsabilidades específicas (SILVA JÚNIOR, 2004).

Nesse contexto, para se tomar decisões no âmbito de uma política, projeto ou programa de saúde de forma pactuada e democrática, é necessário que se realize constantemente um julgamento de valor da sua eficácia, eficiência e efetividade, considerando o contexto político, epidemiológico e organizacional em que estão inseridos. Esse método visa à institucionalização da prática avaliativa nos serviços, como subsídio para o desenvolvimento de atividades de qualidade e compatíveis com a realidade local (BRASIL, 1990a).

1.2 O processo de descentralização das ações de saúde

Dada a abrangência do conceito de acesso à saúde e suas múltiplas dimensões, Hortale (2000) considera que o processo de descentralização da gestão

da saúde é condição necessária e impulsionadora para facilitar a acessibilidade da população aos serviços.

Aretche (1996), Ugalde e Homedes (2002), Correia (2000) e Guimarães (2013), definem o conceito de descentralização como:

A descentralização não é um conceito de consenso na literatura. Em algumas tipologias, além de desconcentração da gestão, esse conceito também pode assumir outros significados como delegação ou mesmo privatização direta de serviços e estabelecimentos públicos e estatais para empresas privadas. [...] É importante ressaltar que as experiências de participação popular latino-americana, incluindo entre estas as brasileiras, não têm representado apenas democracia direta. Pelo contrário, algumas experiências têm possibilitado a cooptação de lideranças e, inclusive, de movimentos sociais por governos de distintas composições partidárias e político-ideológicas.

Como destaca Guimarães (2001, p. 6), em uma breve reflexão sobre o tema:

[...] La capacidad tanto del gobierno cuanto de la participación ciudadana, frente a las responsabilidades descentralizadas, es un proceso que se construye que se adquiere automáticamente. Aún con la descentralización, el poder puede volver a las oligarquias locales; la ejecución de nuevas responsabilidades puede ser perjudicada por la carencia de capacidad técnica; y la participación puede ser manipulada en su capacidad de decidir y de ejercitar el control.

No Brasil, o processo de descentralização da saúde foi implementado de forma gradual na década de 1990, apoiado nas Leis Orgânicas de Saúde (BRASIL, 1990a, 1990b). Assumindo a descentralização em saúde como o processo de constituição de Sistemas Locais de Saúde, que respondam adequadamente à demanda da população e que, ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos de articulação regional e com o Sistema Nacional (SCATENA; TANAKA, 2001).

A concretização da diretriz da descentralização da saúde em um país, com dimensões continentais e tantas desigualdades regionais, implica em grandes desafios, tais como: não perder a unicidade de uma política de caráter nacional e respeitar a diversidade do contexto socioeconômico, bem como a conformação da oferta de serviços como construção social. Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e a Norma da Atenção à Saúde (NOAS) do SUS foram consideradas instrumentos estratégicos e fundamentais, por possibilitarem a regulação do processo de descentralização, tratando de aspectos relacionados a divisão de

responsabilidades, relações entre gestores, além dos critérios e mecanismos de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ, 2001).

Contudo, é importante registrar também que a garantia de acesso não é condição suficiente para garantir a resolutividade do serviço e/ou do sistema de saúde. A qualidade e a resolutividade da atenção à saúde e não apenas das ações de atenção básica, são ainda desafios a serem enfrentados e superados no processo de implementação do SUS (LEVCOVITZ, 2001; SANTOS, 2004). Nesse sentido, um aumento real da resolutividade no âmbito da atenção básica, apesar de necessário, não é suficiente para melhorar a qualidade dos serviços. São necessárias também ações complementares nos níveis de maior complexidade do sistema.

Uma avaliação desse processo, no estado de São Paulo, constatou que a descentralização “[...] não tem, por si só, conseguido determinar transformações significativas no modelo assistencial existentes nas regiões, repetindo, na escala municipal, erros já existentes anteriormente” (BARATA, 2004). E ressalta que, apesar da expansão de cobertura da atenção básica por meio da implementação da estratégia do Programa de Saúde da Família, os serviços continuam apresentando baixa capacidade resolutiva, não atendendo às necessidades de saúde da população.

Dessa forma, a definição do SUS na Seção II da Constituição Federal aponta, como uma de suas diretrizes, a descentralização com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde reafirma esse princípio, em seu art. 9º: A direção do SUS é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990a).

O SUS propõe um modelo descentralizado, com a participação das três esferas de governo, incluindo o município como protagonista, na medida em que lhe cabe, fundamentalmente, a execução primária das ações e a gestão dos serviços de saúde. A própria Lei nº 8.142, de 1990, ao tratar do financiamento do SUS,

coerentemente com essa visão de execução primária pelo município, propõe que se destine, para essa esfera de gestão, 70% do total de recursos do sistema (BRASIL, 1990b). O processo de descentralização adquire contornos incipientes desde a década de 80, com a iniciativa do Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) que iniciou a integração dos sistemas de saúde até então estruturados de maneira desintegrada e paralela, do Ministério da Previdência e do Ministério da Saúde. Essa estratégia, que também envolveu as Secretarias Estaduais de Saúde, apontava para a futura unificação do sistema, bem como sua descentralização, aprofundando-se e se transformando no SUDS, que vigora de 1985 a 1987 (BUSS, 1995).

Os avanços obtidos pelo SUS no processo de descentralização são apontados por autores como Levcovitz (2001), ao ressaltar que o mesmo tem envolvido a transferência não apenas de serviços de saúde, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.

A descentralização do SUS adquire maior consistência política a partir da realização da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, de inspiração nitidamente municipalista, que coloca ênfase na necessidade de cumprimento da legislação com a implantação, na prática, da unicidade de direção em cada esfera de governo e a transferência da execução das ações e da gestão do sistema para a esfera municipal (BRASIL, 1992 apud REZENDE, 2013).

Para que a descentralização do SUS tivesse o êxito registrado nos anos 90, foi fundamental o estabelecimento de regras, procedimentos administrativos e modalidades de financiamento que representaram, a cada momento, o grau de consenso técnico e político obtido entre as três esferas gestoras do SUS, e se consubstanciaram nas NOB. As quatro NOBs que foram editadas na década de 90, as NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, tiveram um papel fundamental para tornar realidade a diretriz da descentralização, presente na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, ao regularem aspectos determinantes da divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ, 2001).

Houve uma importante evolução na abrangência das NOBs. A primeira Norma Operacional Básica, a 01/91, tem como característica principal o início do processo de transferência de recursos federais para estados e municípios, enquanto a NOB 01/96 operacionaliza as propostas de descentralização contidas na Lei nº 8.080, art. 35, na Lei nº 8.142 e no Decreto Federal nº 1.232, que prevê os mecanismos de

repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) (BRASIL, 1996, 2001).

Na NOB 01/96, é feita, pela primeira vez nesse tipo de instrumento normativo, referência à área de epidemiologia e controle de doenças que aparece na proposta do instrumento de pactuação entre os gestores, a Programação Pactuada Integrada¹ (PPI), e no estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), como um dos componentes das transferências federais para os estados e municípios (BRASIL, 1998).

Essa inclusão da área de vigilância em saúde na NOB 01/96 propiciou um cenário institucional mais favorável para que as três esferas de gestão do SUS pudessem iniciar, em 1998, as discussões que culminaram, em 1999, com a publicação dos instrumentos normativos para implantar, efetivamente, a descentralização nesse campo (BRASIL, 1998).

1.3 A vigilância epidemiológica descentralizada: diretrizes e modelo

A institucionalização das ações de VE no país se dá, na década de 60, com a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) pela necessidade da implantação de unidades de VE no interior das Secretarias Estaduais de Saúde. A partir de então, começa a se organizar, semanalmente, um sistema de notificação de doenças prioritárias e a disseminação de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

O SNVE foi regulamentado em 1975, através da Lei nº 6.259, na qual o Ministério da Saúde ficaria incumbido de planejar ações de informação, investigação e levantamentos que seriam realizadas pelos serviços para efetuar medidas de controle, sobretudo das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 1975).

Posteriormente, em um movimento dinâmico e histórico, a VE integra o processo de discussão da municipalização aprimorando e ampliando sua área de atuação, tanto no âmbito legal quanto na sua esfera conceitual (GOLDBAUM, 1996).

¹A Programação Pactuada Integrada consiste num instrumento desenvolvido pelo SUS para dinamizar a sistemática da assistência à saúde, visando cumprir o preceito constitucional que assegura a todos o acesso irrestrito aos serviços de saúde em todos os níveis de abrangência. Assim, a Programação Pactuada Integrada tem como escopo garantir a população à cobertura dos serviços de média e alta complexidade disponíveis ou não em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do ente federativo.

Com a criação do SUS, alterou-se, radicalmente, esse panorama, porque não só passa a incluir o município como um dos gestores do sistema num modelo tripartite como o coloca na condição de principal protagonista na execução das ações.

Por sua vez, a Lei Complementar nº 8.080 que regulamenta o SUS amplia o objeto e redefine a VE como:

Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e dos agravos à saúde das populações (BRASIL, 1990).

Teoricamente, a VE tira o foco das ações assistenciais e sugere priorizar as práticas promocionais e preventivas, corroborando com os princípios do SUS, que visam à promoção, proteção e prevenção dos agravos da população.

Uma iniciativa importante para buscar o cumprimento dos princípios do SUS na área de VE foi a realização do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Organizado pelo Cenepi, entre 1 a 4 de dezembro de 1992, com o objetivo de adequar o SNVE à nova situação política e legal criada pelo SUS, em seu relatório final constava a recomendação para que a Fundação Nacional de Saúde, no prazo máximo de 120 dias, encaminhasse ao Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS a proposta de descentralização de suas estruturas locais para os estados e municípios, contemplando:

- a) pessoal, transferência com garantia explícita de manutenção dos atuais direitos dos servidores;
- b) equipamentos e bens de capital; e
- c) financiamento das ações (SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993).

Tal recomendação só foi cumprida sete anos depois. As dificuldades técnicas realmente existentes, mas não insuperáveis, em estabelecer linhas divisórias bem definidas entre as ações de VE de dimensão estritamente local e aquelas que necessitam padronização e simultaneidade nacional. Diferentemente da área assistencial onde esses limites são mais facilmente percebidos e definidos, havia a ausência de instruções normativas que regulassem o processo de transferência das atribuições e o conseqüente repasse dos recursos humanos e materiais. Ademais,

constava a inexistência de uma fonte estável e específica de financiamento dessas ações e a resistência corporativa que se aliou, em determinados momentos, aos interesses dos grupos político-partidários locais que ocupavam as Coordenações Regionais da FUNASA também foram fatores importantes que impediram sua integração ao SUS e às suas diretrizes (BRASIL, 1998).

A NOB nº 01/96, que regulamenta o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, instituiu a PPI que visa à definição das responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Nesse momento, diante de sua capacidade instalada, cada gestor elabora sua PPI, sendo esta assistida e executada em seu próprio território ou referenciada (BRASIL, 1996).

A PPI para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPIECD), só é regulamentada em 15 de dezembro de 1999, pela Portaria nº 1.399, do Gabinete do Ministro (BRASIL, 1999), que define as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, e ganha operacionalização, com a instrução normativa nº 2 de 6 de dezembro de 2001, que estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento desta programação. Seu conceito abrange o conjunto de atividades, de metas e de recursos financeiros pactuados entre a Fundação Nacional de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, relativos à área de epidemiologia e controle de doenças.

Dessa forma, os módulos definidos foram os seguintes:

- I. Notificação de doenças e agravos;
- II. Investigação Epidemiológica;
- III. Diagnóstico laboratorial de confirmação de doenças de notificação compulsória;
- IV. Vigilância ambiental/fatores não biológicos;
- V. Vigilância de doenças transmitidas por vetores;
- VI. Controle de doenças;
- VII. Imunizações;
- VIII. Monitorização de agravos de relevância epidemiológica;
- IX. Divulgação de informações epidemiológicas;
- X. Elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia;
- XI. Alimentação de sistemas de informação;
- XII. Educação em saúde e mobilização social;

XIII. Supervisão.

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (2005), no ano de 1998, é elaborado o Guia de VE com a finalidade de orientar os profissionais no desenvolvimento das ações de saúde pública, e faz um apanhado de uma relação de agravos à saúde, além de explicar as funções da VE. Em 2005, o guia sofreu uma revisão, na qual estabelece como prioridade a consolidação dos sistemas municipais de VE. Segundo o mesmo, o nível local não se restringe apenas à coleta de dados e sua transmissão a outros níveis. Para institucionalizar a VE no âmbito municipal, faz-se necessário concluir todo o ciclo das funções que se complementam, ou seja:

- 1) Coleta de dados;
- 2) Processamento de dados coletados;
- 3) Análise e interpretação dos dados processados;
- 4) Recomendação de medidas de controle apropriadas;
- 5) Promoção das ações de controle indicadas;
- 6) Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e
- 7) Divulgação das informações pertinentes.

Neste sentido, a NOAS 01/02, estabelece como um dos requisitos para habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada comprovar a capacidade para o desenvolvimento das ações básicas de Vigilância Epidemiológica. Para a habilitação do município da Gestão Plena do Sistema Municipal, um dos requisitos seria comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a adesão ao processo de descentralização foi concebida de forma ativa, necessitando que cada gestor, estadual ou municipal, apresentasse sua proposta para assumir as ações que, até então, eram executadas pelo gestor federal. As propostas municipais deveriam ser analisadas pela Comissão Intergestores Bipartite² (CIB), com posterior avaliação pela Comissão Intergestores Tripartite³(CIT), fórum onde também se realizaria a avaliação das propostas estaduais. O processo de descentralização envolveu ainda o repasse para estados e

² Instância paritária de pactuação existente em cada estado, envolvendo os gestores municipais e o gestor estadual.

³ Instância paritária de pactuação nacional, envolvendo os gestores municipais, estaduais e federal.

municípios do pessoal, cerca de 26.000 servidores, e dos equipamentos da FUNASA, envolvidos nas ações de prevenção e controle de doenças, de forma a garantir a continuidade das mesmas (SILVA JÚNIOR, 2004).

A partir da publicação da Portaria nº 1.399 (BRASIL, 1999), o processo de descentralização às ações de epidemiologia e controle de doenças passou a ser desencadeado, em cada estado, com uma avaliação mensal do progresso do mesmo, sendo informada na CIT e cobrindo as seguintes etapas:

- 1) constituição da Comissão de Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), com participação da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde (CORE/FUNASA), Secretaria Estadual de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) que passou a coordenar a negociação dos vários aspectos administrativos envolvidos;
- 2) realização de reunião periódica da Comissão de Descentralização com cronograma estabelecido;
- 3) realização de seminário interno com servidores da CORE/FUNASA para esclarecer o processo e evitar as reações corporativas;
- 4) levantamento do quantitativo e da situação dos recursos humanos da CORE/FUNASA que iriam ser repassados;
- 5) levantamento de bens móveis e imóveis da CORE/FUNASA;
- 6) avaliação e discussão dos parâmetros, metas, Instância paritária de pactuação existente em cada estado, envolvendo os gestores municipais e o gestor estadual;
- 7) encaminhamento e aprovação da PPI-ECD de cada estado na CIB;
- 8) avaliação sobre a adequação da proposta de estrutura dos gestores estadual e municipais para execução das ações propostas na PPI-ECD;
- 9) aprovação, na CIB, da proposta de certificação e envio da mesma para avaliação pela FUNASA;
- 10) aprovação pela FUNASA;
- 11) avaliação e aprovação pela CIT;
- 12) publicação de portaria de certificação do gestor estadual e/ou municipal para assumir as ações de epidemiologia e controle de doenças;
- 13) portaria de cessão do pessoal da FUNASA para as SES e SMS; e

14)portarias de cessão dos bens móveis e imóveis da Fundação Nacional de Saúde (SILVA JÚNIOR, 2004).

A Portaria nº 1172/GM de 15 de junho de 2004 regulamenta a NOB 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde e define a sistemática de financiamento. Por sua vez, a 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, compreendendo as seguintes ações dos estados (BRASIL, 2009):

Quadro 1 - Atribuições definidas para os estados, de acordo com a portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009.

(continua)

ATRIBUIÇÕES DOS ESTADOS
I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
II - coordenação das ações definidas na Política Nacional e Estadual de Promoção da Saúde;
III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;
IV - coordenação das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;
V - apoio aos Municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;
VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Municípios;
VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;
VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo: <ul style="list-style-type: none"> a) participação na elaboração do Plano Estadual de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população; b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde; c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma negociada na CIB; d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde estadual; e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, garantindo que as prioridades identificadas durante a análise da situação de saúde da população estejam neles contempladas; f) assessoria técnica às Secretarias Municipais de Saúde 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; g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;
IX - normalização técnica complementar à disciplina nacional;

Quadro 1 - Atribuições definidas para os estados, de acordo com a portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009.

(continuação)

ATRIBUIÇÕES DOS ESTADOS
X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;
XI - comunicação de emergências de saúde pública, de importância nacional, ao Ministério da Saúde, nos termos da disciplina por ele estabelecida;
XII - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme disciplina federal e estadual;
XIII - apoio aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme disciplina federal e estadual;
XIV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Municípios;
XV - apoio aos Municípios na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;
XVI - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos Municípios;
XVII - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos Municípios e/ou regionais, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional; b) consolidação e análise dos dados provenientes dos Municípios, por meio de processamento eletrônico dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica; c) retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde; d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação; e) análise epidemiológica e divulgação das informações, no âmbito estadual; f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal;
XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas pelo nível federal;
XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito estadual, que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;
XX - fomento e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;
XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não-governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;
XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;
XXIII - gerência dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Municípios, de acordo com as normas vigentes;

Quadro 1- Atribuições definidas para os estados, de acordo com a portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009.

(conclusão)

ATRIBUIÇÕES DOS ESTADOS
XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos: a) seringas e agulhas, sendo facultada ao Estado a delegação desta competência à União; b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT; c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos definidos na CIB; d) equipamentos de aspersão de inseticidas; e) equipamentos de proteção individual – EPI para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo máscaras faciais completas; f) óleo vegetal para diluição de praguicida;
XXV - coordenação da RENAST no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST pactuados na CIB;
XXVI - implantação, coordenação e estruturação do componente estadual da Rede CIEVS;
XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;
XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB e rede nacional de laboratórios;
XXIX - armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional;
XXX - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;
XXXI - cooperação técnica, no âmbito estadual, para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;
XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;
XXXIII - participação em caráter complementar à esfera federal na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e
XXXIV - colaboração com a União na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Fonte: Brasil (2009).

Segundo Silva Júnior (2004), uma das particularidades da descentralização na área VE, prevenção e controle de doenças reside na impossibilidade de haver um repasse completo das atribuições da União para as demais esferas de governo. Diferentemente de ações assistenciais, relativamente bem circunscritas e cujo processo de gerenciamento e execução tem grande autonomia em relação às

atividades executadas por outras esferas de governo, ações de VE envolvem aspectos que não podem deixar de se constituir em responsabilidade nacional, tais como:

- a) padronização e normatização técnica – para garantir a efetividade do monitoramento sobre o comportamento de doenças, para sua detecção precoce e para a adoção de procedimentos efetivos de prevenção e controle, é necessária a utilização de definições uniformes e adequadas à realidade epidemiológica do país;
- b) fornecimento de insumos estratégicos - um dos riscos importantes em processos de descentralização é a possibilidade de desabastecimento nos insumos estratégicos utilizados nas ações de prevenção e controle de doenças. Esse risco relaciona-se com a maior possibilidade de não cumprimento, por parte de gestores locais, de alguns pressupostos fundamentais para assegurar o abastecimento de medicamentos, vacinas, inseticidas para controle de vetores e kits para diagnóstico laboratorial. Tais pressupostos são referentes ao orçamento estável e especificamente destinado, a qualidade do produto assegurada pela utilização de fornecedores certificados pelo controle de qualidade e pela vigilância de eventos adversos - que é um tipo de vigilância pós-mercado - realizada durante a utilização do imunobiológico em população, e ao custo possível de ser absorvido de forma sustentável, geralmente relacionado com o volume da aquisição e tornando as compras de pequenos quantitativos com maior preço unitário do que as compras realizadas de forma centralizada;
- c) simultaneidade de ações – várias ações de prevenção e controle necessitam ser desencadeadas simultaneamente no país inteiro, em uma região ou mesmo em um conjunto de vários Estados para serem efetivos. Os melhores exemplos são os dias nacionais de imunização contra a poliomielite, estratégia considerada imprescindível para manter erradicada a poliomielite. Além deles, tem-se as campanhas de seguimento contra o sarampo, realizadas a cada cinco anos para reduzir os susceptíveis, bem como os dias nacionais de mobilização contra a dengue, as ações de vacinação de bloqueio contra surtos de febre amarela silvestre, dentre outras.

O modelo de descentralização adotado procurou combinar atribuições que permaneceram centralizadas, como a normatização técnica, coordenação dos sistemas de informação, fornecimento de insumos estratégicos, coordenação das ações com ênfase nas que exigem simultaneidade, entre outras, com uma horizontalização da execução das ações, atribuindo sua responsabilidade, preponderantemente, aos municípios.

1.4 O processo de regionalização do estado da Paraíba

A Regionalização é um dos princípios que orienta a organização do SUS definidos pela Constituição Federal Brasileira e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, definido pela CIT, de 26 de janeiro de 2006, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 9 de fevereiro de 2006, o que evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutivo na atenção à saúde da população. No processo de regionalização são identificadas e constituídas as regiões de saúde, estas são espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão regional (BRASIL, 1998).

A NOAS/01 deu vigor ao processo da descentralização ao definir os caminhos da regionalização da assistência, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e indicar procedimentos necessários à atualização dos critérios de habilitação do estado e dos municípios. Ela também restabeleceu a importância do gestor estadual como órgão articulador desse processo, o que contribui para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema em âmbito estadual (BRASIL, 2001).

Segundo documentos oficiais, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) investiu na qualificação da gestão do SUS objetivando proporcionar acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com atenção integral aos usuários do SUS. O processo de regionalização se constituiu em um passo fundamental, pois buscou propiciar a estruturação e organização da assistência ambulatorial e hospitalar da média e alta

complexidade, o mais próximo possível dos municípios (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2008).

O último Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi atualizado em 2008, e o território estadual foi conformado em regiões/macro/micro/módulos assistenciais, com populações adstritas definidas, subsídios técnico-operacionais para elaboração da PPI e as redes de referências articuladas e resolutivas, dentre outros (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2008).

Apesar da atualização ocorrida, as alterações não comprometem o modelo já em vigor. Permanecem com 04 macrorregiões, 12 microrregiões, 44 módulos assistenciais, 179 municípios satélites e 25 colegiados de gestão regional.

Ainda nesta versão, em setembro de 2011 houve acréscimo de mais 04 microrregiões, ou seja, a 13^a, 14^a, 15^a e 16^a. O que atualmente somam 16 microrregiões conforme Resolução CIB-PB, hoje consideradas regiões de saúde pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2011).

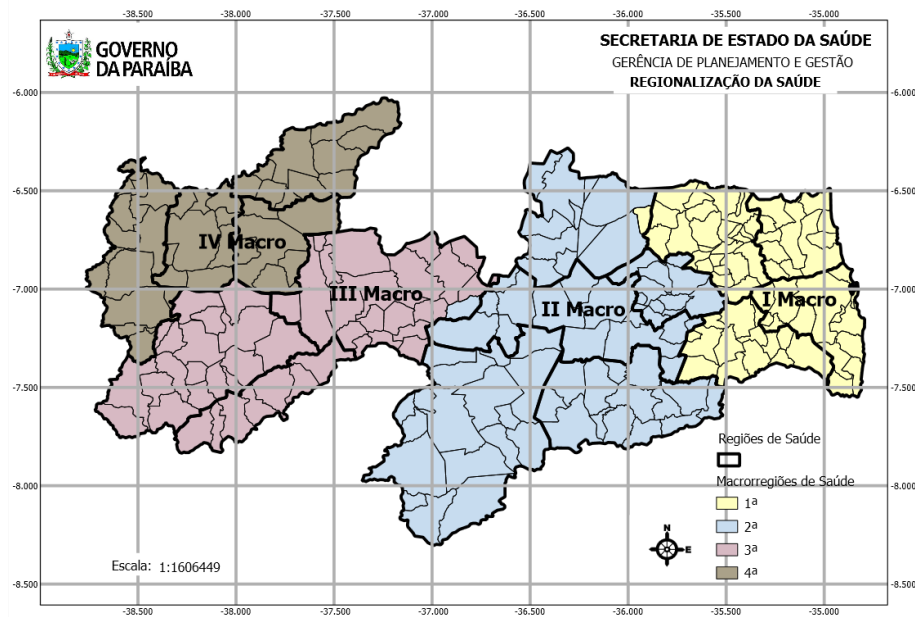
Dos 223 municípios, 207 têm população abaixo de 30.000 habitantes (92,8%), 8 municípios têm entre 30.000 a 60.000 (3,58%), 3 municípios têm população acima 60.000 até 100.000 (1,3%) e 5 municípios têm população acima de 100.000 habitantes (2,24%). Isso significa uma concentração percentual de 92,8% de municípios com população até 29.000 habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente, o Estado da Paraíba está dividido em 12 estruturas administrativas chamadas, no âmbito da SES, de Gerencias Regionais de Saúde (GRS). Cada GRS deve ter capacidade funcional instalada capaz de articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas.

1.4.1 O território do estado da Paraíba

Entendendo o processo de Regionalização, observa-se no Mapa 1 que, o território paraibano está dividido em 04 macrorregiões de saúde.

Figura 1 - Mapa do Estado da Paraíba. Macrorregiões de Saúde.



Fonte: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (2013).

Estas 04 macrorregiões de saúde são compostas, cada uma, por três Gerencias Regionais de Saúde, sendo elas: I Macro – 1ª GRS (João Pessoa), 12ª GRS (Itabaiana) e 2ª (Guarabira), II Macro – 3ª GRS (Campina Grande), 4ª GRS (Cuité) e 5ª GRS (Monteiro), III Macro – 6ª GRS (Patos), 11ª GRS (Princesa Isabel) e 7ª GRS (Piancó) e IV Macro – 10ª GRS (Sousa), 8ª GRS (Catolé do Rocha) e 9ª GRS (Cajazeiras).

As sedes dessas macrorregiões são João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa (Figura 1).

A sede da I Macro é João Pessoa, sendo esta a capital e cidade mais populosa do estado da Paraíba, com 769.604 habitantes. É conhecida como "Porta do Sol", devido ao fato de no município estar localizada na Ponta do Seixas, que é o ponto mais oriental das Américas (IBGE, 2010).

A sede da II Macro é Campina Grande, por sua vez, o maior e mais populoso município do interior do estado da Paraíba com 400.002 habitantes (IBGE, 2010). Considerada um dos principais polos industriais e tecnológicos da Região Nordeste, Campina Grande foi fundada em 1º de dezembro de 1697, tendo sido elevada à categoria de cidade em 11 de outubro de 1864.

Patos é a sede da III Macro e está localizado no Sertão Paraibano. Distante 301 km de João Pessoa, sua sede localiza-se no centro do Estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos estados do Rio

Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. Sua população é 100.732 habitantes (IBGE, 2010).

Por sua vez, Sousa é a sede da IVMacro, estando também está localizada no sertão paraibano, a 450 km de distância da capital do estado. Possui solo fértil e seu desenvolvimento econômico permeia a agropecuária. É um dos maiores produtores de coco-verde do país, tendo aproximadamente 65.807 habitantes (IBGE, 2010).

Estas 04 macrorregiões de saúde são compostas cada uma por três GRS, sendo elas: I Macro – 1ª GRS (João Pessoa), 12ª GRS (Itabaiana) e 2ª (Guarabira), II Macro – 3ª GRS (Campina Grande), 4ª GRS (Cuité) e 5ª GRS (Monteiro), III Macro – 6ª GRS (Patos), 11ª GRS (Princesa Isabel) e 7ª GRS (Piancó) e IV Macro – 10ª GRS (Sousa), 8ª GRS (Catolé do Rocha) e 9ª GRS (Cajazeiras).

Diante destas considerações, esse estudo pretende responder aos seguintes questionamentos:

- 1) O sistema de VE está implantado na SES-PB?
- 2) Qual o grau de implantação do sistema de VE na SES-PB?
- 3) Em que contexto político e organizativo a VE esta sendo implantada?

2 JUSTIFICATIVA

Considerando-se a importância da avaliação das práticas em saúde como um instrumento orientador para a qualidade da assistência e gestão prestadas, esse estudo tem em seu bojo a possibilidade de contribuir de forma a otimizar o campo das práticas da VE, de forma que sejam vislumbradas suas fragilidades e potencialidades no contexto das dimensões de estrutura e processo de trabalho. Além disto, analisar o contexto político e organizacional da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba no processo de implantação da VE.

Considerando que a avaliação pode produzir informação tanto para melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua qualidade. Além de vislumbrar que para o referencial teórico do estudo foram encontrados poucas publicações referentes a VE do estado da Paraíba. Dessa forma, deve-se observar alguns estudos que relatem o processo de Regionalização da PB. Contudo, observa-se a falta de estudos científicos, bem como de normatizações e tipos Resoluções de CIB-PB.

Nesse sentido, é oportuno realizar novos estudos acerca da VE no estado da PB. Destaca-se a necessidade de abordar a VE em um aspecto mais amplo, fenômeno ainda pouco estudado no estado. Segundo Carvalho et al. (2005), a orientação atual para o desenvolvimento da VE estabelece como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais, dotados de autonomia técnico gerencial para focar problemas de saúde na sua área de abrangência. Tal reorientação tem contribuído para a mudança do modelo de atenção à saúde, antes voltado para ações clínico-assistenciais. Destaca-se ainda o papel da VE, não apenas de vigilância de surtos e óbitos, mas considerando seu papel mais macro, ou seja, visualizando todo contexto das ações e serviços de saúde.

Quando se propôs a realizar o estudo no estado da Paraíba, levou-se em consideração três aspectos, sendo estes:

- 1) Perfil epidemiológico do Estado;
- 2) Insuficiência de produção científica;
- 3) Motivação profissional/pessoal.

Finalmente, para o estado da Paraíba, este estudo foi pertinente pela:

- a) -possibilidade de contribuir com um referencial teórico-prático no desenvolvimento de outros projetos e no gerenciamento das ações de saúde por parte do estado e dos municípios no tocante a VE;
- b) possibilidade de fornecer novos subsídios para o processo de gestão da VE, a partir do momento em que fatores determinantes do seu grau de implantação foi evidenciado, a partir de um olhar ampliado para a construção de um SUS considerando todos os seus princípios;
- c) possibilidade de avanços e/ou reorganização das práticas nos serviços;

Considere-se, ainda, que o resultado e as recomendações obtidas pelo estudo serão colocados a disposição do gestor estadual, de forma a auxiliar para otimizar o processo de tomada de decisão no tocante a estrutura e o processo de trabalho da VE.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o grau de implantação da VE no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde-SES (Nível Central e GRS) do Estado da Paraíba, com enfoque nas dimensões de estrutura e processo de trabalho.

3.2 Específicos

- a) estimar o grau de implantação das ações de VE em dois níveis de análise (nível central e GRS);
- b) analisar o contexto político e organizacional da vigilância epidemiológica da SES-PB.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo que tem como foco os componentes de estrutura e processo de trabalho da VE da SES-PB. Nessa avaliação, buscou-se identificar os determinantes de estrutura e de processo de trabalho, grau de implantação e do contexto das ações, identificado para avaliação por Denis e Champagne (1997) e Hartz et al. (1997).

Para efetivação desse estudo, ou seja, para a avaliação do grau de implantação da VE da SES-PB e do contexto da implantação, a estratégia metodológica utilizada é o estudo de caso, por possibilitar a análise em profundidade de um fenômeno em um só meio (HARTZ, 1997).

A avaliação possui uma polissemia de conceitos e significados. Estes variam de acordo com o contexto, campo e grupo de pesquisadores. Algumas definições.

Segundo Denis e Champagne (1997) e Hartz et al. (1997):

Avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) e de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Donabedian (1984) conceitua avaliação como um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, a efetividade e o impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos.

Segundo Minayo e Sanches (1993), estas abordagens são os instrumentos de que se serve a Saúde Pública, em particular, para se aproximar da realidade observada. Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível.

O caso escolhido foi o da SES-PB. Segundo Yin (2001), o estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados. Pode incluir tanto estudos

de caso único quanto de múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa.

No entendimento de Stake (2000), o estudo de caso caracteriza-se pelo interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação que pode abranger.

Os estudos de caso mais comuns são os que têm o foco em uma unidade, um indivíduo ou múltiplo, nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente, ou seja, vários indivíduos ou várias organizações.

Conforme os objetivos da investigação, o estudo de caso pode ser classificado de intrínseco ou particular, quando procura compreender melhor um caso particular em si, em seus aspectos intrínsecos e instrumentais. Ao contrário, quando se examina um caso para se compreender melhor outra questão, algo mais amplo, orientar estudos ou ser instrumento para pesquisas posteriores, e coletivo, quando estende o estudo a outros casos instrumentais conexos com o objetivo de ampliar a compreensão (STAKE, 2000).

Os estudos de casos podem ainda, basear-se na interação de evidências quantitativas e qualitativas. Este tipo de estudo tem pelo menos cinco diferentes aplicações na pesquisa avaliativa:

- a) explicação: a ligação causal na intervenção da vida real, que são também complexas para o inquérito ou estratégias experimentais. Na linguagem da avaliação, seria a ligação entre a implementação do programa com os seus efeitos;
- b) descrição: uma intervenção e o contexto de vida real na qual ocorreu;
- c) elucidação: certos assuntos dentro de uma avaliação numa perspectiva jornalística, num modelo descritivo;
- d) exploração: situações na qual a intervenção não pode ser avaliada de modo claro, simples, mas a partir de um conjunto de resultados;
- e) meta-avaliação: o estudo de um estudo de avaliação (YIN, 1994).

Neste estudo, foi utilizada a avaliação normativa, a qual avaliou a dimensão estrutura e processo de trabalho da VE da SES-PB.

4.2 Cenário do estudo

4.2.1 Caracterização do estado

O estado da Paraíba está situado a leste da região Nordeste e tem como limites, ao norte, o estado do Rio Grande do Norte, a leste o Oceano Atlântico, ao sul Pernambuco e, a oeste, o Ceará.

Ocupa uma área de 56.469 km² de relevo modesto, porém, não muito baixo com 66% do seu território entre 300 e 900 m de altitude. Com uma população de 3.766.528 habitantes, distribuída em 223 municípios, o estado tem uma densidade demográfica de 66,70 habitantes/km². A População masculina representa 48,4% (1.824.379) da população do estado e a população feminina 51,6% (1.942.149). (IBGE, 2010).

A taxa de fecundidade do estado é de 2,25 filhos por mulher em idade fértil, e a de analfabetismo em pessoas na idade de 15 anos e mais é de 21,6% (IBGE, 2009).

Dessa forma, entendendo o processo de Regionalização, o território paraibano está dividido em 04 macrorregiões de saúde.

Assim sendo, o estudo foi realizado na SES-PB, considerando o nível central e as 12 GRS. O maior percentual da população está no território da I macrorregião de saúde onde se localiza a área do litoral paraibano.

4.3 População e amostra

Para este estudo, foi considerado, como unidade de análise, a Gestão Estadual da Saúde. Contudo, foram abordados dois níveis de análise das ações da VE: em primeiro, o nível central da SES-PB, justificada pela composição da Equipe Gestora da VE do estado. E em segundo, as GRS, sendo estas consideradas também unidades gestoras descentralizadas das ações e apoio aos municípios nas suas especificidades loco regionais.

Dessa forma, foi avaliado o grau de implantação da VE na esfera estadual (nível central e GRS). Para obtenção dos dados, foram analisadas as respostas de 06 técnicos do nível central e 48 técnicos que atuam nos núcleos de epidemiologia das 12 GRS, somando um total de 54 participantes. Destes, a maioria tem nível

superior (94,2%) e são da categoria enfermagem (28,8%). Pouco menos da metade 23 (44,2%) exerciam a função de apoiadores e nove (17,3%) são gerentes.

Estes responderam um questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Tendo os seguintes critérios de inclusão: ser integrante da equipe que atua na VE (nível central e RGS) e aceitar participar voluntariamente do estudo. Foram excluídos aqueles que estivessem de férias ou ausentes do trabalho por outro motivo durante a coleta de dados.

Embora se tenha optado por um estudo avaliativo, a construção do modelo lógico é responsável pela validade externa, uma vez que a generalização do estudo de casos é muito mais analítica que estatística, fundamentando-se no confronto de casos semelhantes. Dessa forma, a elaboração do modelo lógico permite a verificação de réplica dos resultados em diferentes contextos (HARTZ et al., 1997).

4.4 A construção do modelo lógico da VE da Paraíba

No campo da avaliação, a utilização de modelos teóricos tem assumido contornos muito particulares (MEDINA et al., 2005). O modelo lógico é entendido como um esquema visual. Este pode ser um programa a ser implementado e que resultados são esperados (ROWAN, 2000).

A construção do modelo lógico de um programa inclui especificações sobre o problema ou comportamento visado, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários e suficientes para produzirem os efeitos esperados (MEDINA et al., 2005).

A utilização do modelo lógico otimiza o tempo disponível, os recursos destinados ao programa e a definição dos indicadores (BEGHIN; DUJARDIN; WOLLAST, 1989).

Hartz (1999) relata que, para a elaboração de um modelo lógico, é necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais do programa, que, quando analisados de forma individual ou integrada produzam os efeitos desejados.

Dessa forma, o desenho do modelo lógico é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999; MERCER; GOEL, 1994; RENGGER; TITCOMB, 2002; ROWAN, 2000; RUSH, OGBORNE, 1991 *apud* MEDINA et al., 2005).

Neste estudo, a elaboração do modelo lógico foi norteado pela necessidade de se identificar e detalhar os componentes da VE. Foram utilizadas informações contidas em documentos, como o relatório anual de gestão, Resoluções CIB-PB, normas/portarias que regulamentam as ações de VE e norteadas pela revisão de literatura.

É importante ressaltar que o modelo lógico proposto está voltado para o estado no tocante as suas responsabilidades.

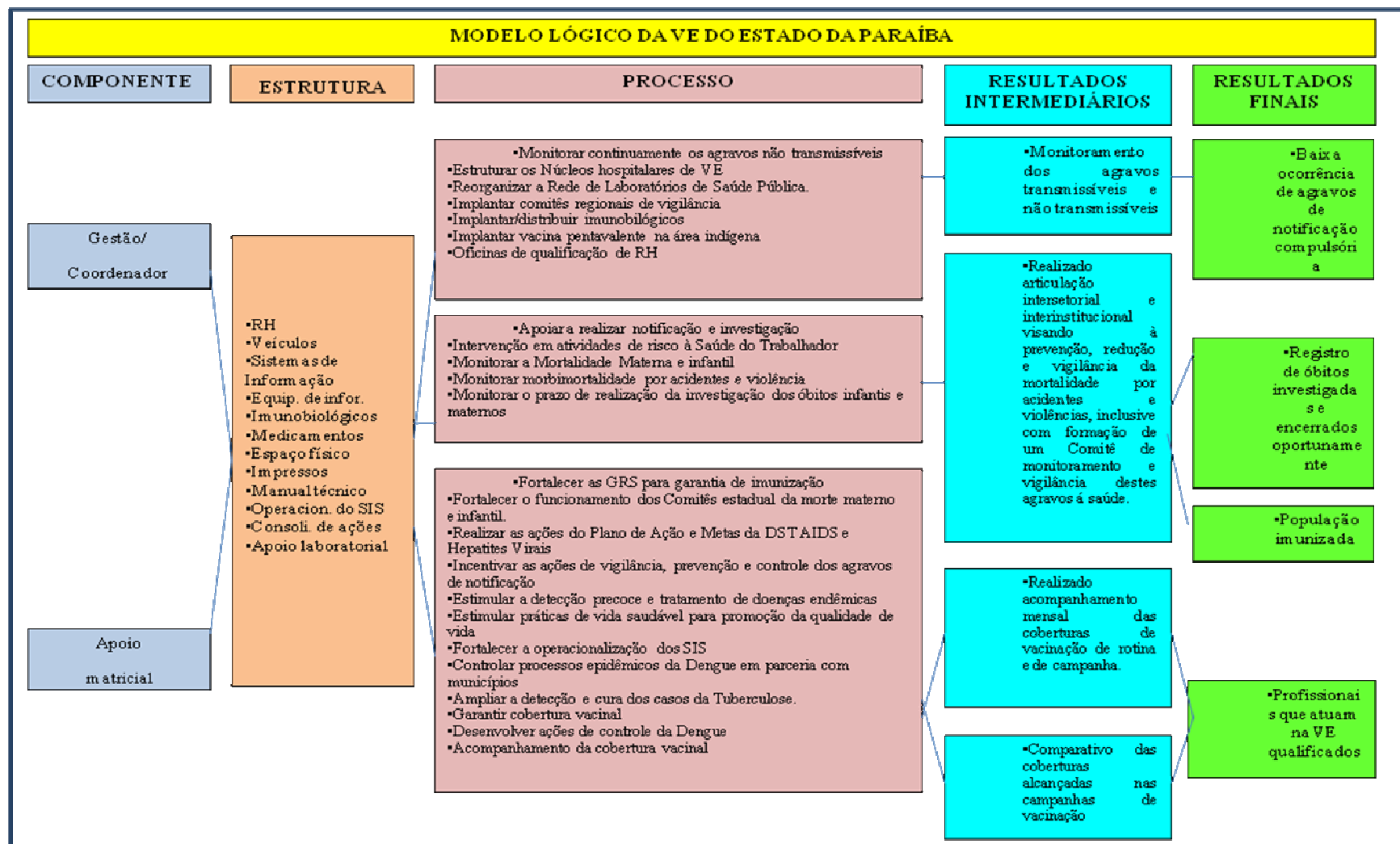
Para vencer os vieses metodológicos advindos da construção do referido modelo, optou-se pelo estabelecimento de um consenso mínimo entre os técnicos que lidam diretamente com a gestão da VE na SES-PB.

A matriz foi submetida ao olhar de 3(três) gestores específicos da área e cada um deles deu sua contribuição individual, aferindo cada item como “sim” (permanece) e “não” (retira). Dessa forma, o “sim” apresenta necessidade do item de permanecer na matriz e “não” diz respeito a retirada do item da matriz. Ainda para concluir esse momento, foram colocados outros itens julgados necessários no olhar da equipe gestora.

4.5 Modelo lógico da VE da PB

O Modelo Lógico busca explicitar a teoria de um programa. Esse instrumento descreve, de forma resumida, o desenho do funcionamento da Vigilância Epidemiológica do estado da Paraíba e seus principais componentes, permitindo verificar se este está estruturado para alcançar o desempenho esperado (HARTZ, 1999).

Figura 2- Modelo Lógico da VE da PB.



Fonte: A autora.

4.6 A avaliação do grau de implantação da VE SES-PB

Nesse estudo, foi realizada uma avaliação para aferir o grau de implantação da VE da SES-PB, proposta por Donabedian (1980): a estrutura (recursos ou insumos utilizados) e o processo (atividades realizadas no manejo dos recursos). De acordo com Leithwood e Montgomery (1980 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997), para uma eficaz medição do grau de implantação de uma intervenção se faz necessário:

Quadro 2 - Itens necessários para aferir o grau de implantação.

PRESSUPOSTOS	FASES DESTA PESQUISA
Especificar a priori os componentes da Intervenção	Construção do Modelo Lógico
Identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção	Modelo Lógico e Técnica de Consenso
Descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção	Entrevistas com informantes chave

Fonte: A autora.

Para avaliar as ações do componente apoio matricial aos municípios foram consideradas a função do estado, ou seja, coordenação e supervisão das ações de promoção, prevenção e controle.

Para aferir o grau de implantação da VE, foram utilizados os seguintes escores:

Quadro 3- Avaliação da implantação da VE (valores/frequência).

1- 80 ou + = Implantada
2- 60 --- 79 = Parcialmente implantada
3- 40 --- 59= Precariamente implantada
4- 39 ou - = Não implantada

Fonte: A autora.

4.7 Instrumento de coleta de dados

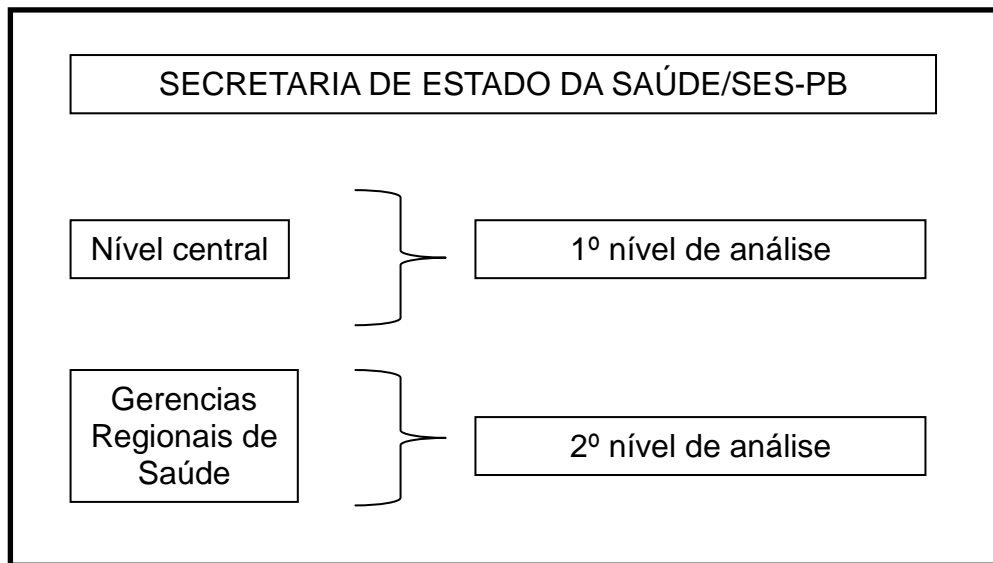
Como instrumento para coleta de dados, foi elaborado um questionário. Este é uma adaptação do proposto por Alves (2003), a partir da matriz de medidas elaborada à luz do modelo lógico e com o consenso dos gestores, abordando, nos dois níveis de análise, questões referentes à estrutura necessária para o desenvolvimento das ações (veículo, equipamentos, espaço físico material de expediente, insumos e recursos humanos) e ao processo de trabalho. Dessa forma, as atividades relacionadas à gestão da VE e ao desenvolvimento das ações de VE (normatização, planejamento das ações, avaliação das ações, integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental, integração da VE com atenção básica, educação permanente, notificação, busca ativa, investigação, processamento e análise dos dados, disseminação das informações, monitoramento e educação em saúde). Para a análise de contexto, foi elaborado um questionário aberto, que versa sobre as dificuldades da VE.

4.8 Coleta de dados

O procedimento de coleta de dados teve início após autorização e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

Para a coleta de dados propriamente dita, foi realizada, reunião com equipe gestora do nível central e das GRS para comunicar os objetivos da pesquisa, solicitação da carta de apresentação às unidades, e posterior início do trabalho de campo com a aplicação dos questionários.

Os dados foram coletados *in loco*, através de um questionário contendo questões abertas e fechadas.

Figura 3- Níveis de Análise - VE da SES-PB. 2012.

Fonte: A autora.

O período de coleta de dados incluiu os meses de setembro a dezembro de 2012 no local de trabalho dos participantes, ou seja, na sede das RGS e no nível central, após sua aceitação e atendimento aos critérios de inclusão. Igualmente, foi apresentado ao participante o objetivo do estudo e os esclarecimentos necessários sobre o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Só então, foram entregues os questionários e combinada a data para a devolução que variou de 08 a 15 dias.

4.9 Plano de análise

O grau de implantação da VE foi estimado a partir dos componentes definidos pelo Modelo Lógico, por nível de análise. O sistema de escores empregado neste estudo foi uma adaptação do construído por Felisberto (2001) e utilizado por Samico (2003).

Cada nível de análise foi avaliado utilizando o sistema de escore, a partir da ponderação das duas dimensões referentes a estrutura e ao processo de trabalho. Para a Gestão da VE foram definidos escores resultantes do somatório dos pesos de cada item disponível nos serviços (estrutura) ou das atividades dos subcomponentes realizadas (processo de trabalho). Para tanto, foi definido que o somatório dos veículos, equipamentos, espaço físico, material de expediente, insumos e recursos humanos, sendo assim os itens que correspondem à estrutura

equivalem 40%, já os 56 pontos que correspondem ao processo de trabalho são iguais a 60% do total.

Para o desenvolvimento das ações de VE, os escores das variáveis de estrutura e dos subcomponentes do processo de trabalho foram obtidos a partir de percentuais médios de disponibilidade individual de cada item (estrutura) ou de realização de cada atividade (processo de trabalho) em relação ao conjunto de ações e serviços da VE no contexto do nível central e das GRS - um número (N) aplicado a cada escore na escala de 0 a 10. Logo, foi realizado um cálculo:

1- Memória de Cálculo –Nível central e das GRS:

- a) **Estrutura** - Escore = Somatório dos pesos das variáveis disponíveis no serviço;
- b) **Processo de trabalho** - Escore = Somatório dos pesos das variáveis envolvendo o processo de trabalho da equipe;
- c) **Escore final** - Escore do processo x 6 + Escore da estrutura x 4. Onde 6 é o peso da dimensão processo de trabalho 4 é o peso da dimensão estrutura.

O grau de implantação da VE na sua dimensão unitária foi definido a partir do somatório dos graus de implantação de cada nível de análise:

Onde:

GI VE = Grau de implantação da VE

GI Nível central = Grau de implantação da VE do nível central

GI GRS = Grau de implantação da VE das GRS

$$\text{GI VE PB} = \sum (\text{GI Nível central} + \text{GI GRS}) / 2$$

Vale ressaltar que, inicialmente foi estabelecido pelos especialistas como critério de aferição de valores da matriz uma escala decrescente um juízo de valor que tivesse como prioridade os itens de maior relevância para os de menor relevância para o bom funcionamento da estrutura e do processo de trabalho das equipes que atuam na VE da SES-PB.

Entende-se ainda que, cada item da matriz se divide em subitens que somado chega-se ao valor proposto no quadro 4.

Quadro 4 - Peso dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho, nos dois níveis de análise.

(continua)

Nível de Análise	Dimensão	Subcomponente	Pontuação %	
Nível central	Estrutura	Veículos	9,5	
		Equipamentos	10	
		Espaço Físico	8,5	
		Material de Expediente	8	
		Insumos	9	
		Recursos Humanos	15	
		Sub total	60	
	Processo de trabalho	Normatização	6,0	
		Planejamento das ações	6,5	
		Avaliação das ações	6,0	
		Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	
		Integração da VE com a atenção básica	5,5	
		Normas	6,0	
		Educação permanente	6,0	
		Notificação	8,0	
		Busca ativa	8,0	
		Investigação	8,0	
		Processamento e análise dos dados	6,0	
		Disseminação das informações	6,0	
		Monitoramento	6,0	
		Educação em saúde	6,5	
		Normatização	6,0	
		Sub total	90	
		TOTAL		150

Quadro 4 - Peso dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho, nos dois níveis de análise.

(conclusão)

Nível de Análise	Dimensão	Subcomponente	Pontuação %		
GRS	Estrutura	Veículos	9,5		
		Equipamentos	10		
		Espaço Físico	8,5		
		Material de Expediente	8		
		Insumos	9		
		Recursos Humanos	15		
		Sub total	60		
	Processo de trabalho	Normatização	6,0		
		Planejamento das ações	6,5		
		Avaliação das ações	6,0		
		Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5		
		Integração da VE com a atenção básica	5,5		
		Normas	6,0		
		Educação permanente	6,0		
		Notificação	8,0		
		Busca ativa	8,0		
		Investigação	8,0		
		Processamento e análise dos dados	6,0		
		Disseminação das informações	6,0		
		Monitoramento	6,0		
		Educação em saúde	6,5		
		Sub total	90		
		TOTAL			150

Fonte: A autora.

4.10 Aspectos éticos da pesquisa

Pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2002).

Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos e métodos da pesquisa, através de informações contidas no TCLE que foi apresentado aos mesmos.

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos da Pesquisa em Seres Humanos, normatizados pelo CNS, pela Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996 com parecer ético nº 26/2012. Essa resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e assegura aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2002).

5 RESULTADOS

Em consonância com o objetivo proposto, foi verificado para o conjunto da SES-PB, considerando os dois níveis de análise, sendo o nível central e 04 Gerencias Regionais de Saúde em que a vigilância epidemiológica encontra-se implantada (33%), enquanto que em 05 Gerencias Regionais de Saúde está parcialmente implantada (42%) e em 03 Gerencias Regionais de Saúde está precariamente implantada (25%). Dessa forma, o somatório das medias obtidas das 12 Gerencias Regionais de Saúde mais nível central classifica a vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde - Paraíba como **parcialmente implantada**. Os resultados demonstram ainda, que houve influencia do contexto político e organizacional na implantação da vigilância epidemiológica.

5.1 Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde

5.1.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 1ª GRS

Na sede da I macrorregião de saúde, ou seja, a 1ª GRS, identifica-se que o componente estrutura obteve apenas 29,2% do total, sendo dessa forma, uma pontuação muito abaixo da esperada. Os subcomponentes veículos, espaço físico e equipamentos foram os que obtiveram menor pontuação. O componente processo de trabalho corresponde a 71,5% do esperado. Dessa forma, a média final do conjunto da 1ª GRS corresponde a 54,6%, sendo assim avaliada como uma **VE precariamente implantada** (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 1º Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida	
		n	%
Estrutura	N	n	%
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	1,5	15,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0
Material de Expediente	8,0	1,5	18,8
Insumos	9,0	4,5	50,0
Recursos Humanos	15,0	10,0	66,7
Subtotal	60,0	17,5	29,2

Tabela 1 - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 1ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(conclusão)	
		Pontuação atingida	
Processo			
Normatização	6,0	5,3	88,3
Planejamento das ações	6,5	6,5	100,0
Avaliação das ações	6,0	1,3	21,7
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	0,0	0,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	4,0	66,7
Notificação	8,0	2,0	25,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	6,0	100,0
Disseminação das informações	6,0	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	2,3	38,3
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0
Subtotal	90,0	64,4	71,5
Total	150,0	81,9	54,6

Fonte: A autora.

5.1.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 2ª GRS

Em relação a 2ª GRS, a dimensão estrutura obteve 64,5%, e o subcomponente espaço físico adequado foi o único que não pontuou. A dimensão processo de trabalho, obteve 78,2%, sendo a média final de 72,7% da pontuação esperada. Dessa forma, a 2ª GRS foi avaliada como tendo uma **VE parcialmente implantada** (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 2ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(continua)	
		Pontuação atingida	
Estrutura	N	n	%
Veículos	9,5	2,4	25,3
Equipamentos	10,0	6,5	65,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0
Insumos	9,0	6,8	75,5
Recursos Humanos	15,0	15	100,0
Subtotal	60,0	38,7	64,5

Tabela 2 - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 2ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(conclusão)	
		Pontuação atingida	
Processo			
Normatização	6,0	4,5	75,0
Planejamento das ações	6,5	4,9	75,4
Avaliação das ações	6,0	4,5	75,0
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	5,3	88,3
Educação permanente	6,0	3,5	58,3
Notificação	8,0	0,0	0,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	6,0	100,0
Disseminação das informações	6,0	5,3	88,3
Monitoramento	6,0	4,5	75,0
Educação em saúde	6,5	4,9	75,4
Subtotal	90,0	70,4	78,2
Total	150,0	109,1	72,7

Fonte: A autora.

5.1.3 Avaliação do grau de implantação da VE da 12ª GRS

Já a 12ª GRS, obteve 55,0% na dimensão estrutura, ou seja, pouco mais da metade da pontuação esperada e os subcomponentes que mais comprometeram esta dimensão foram ausência de veículos e espaço físico. A dimensão processo de trabalho, obteve 61,7%. Dessa forma a pontuação final da 12ª GRS foi de 59% da pontuação esperada, sendo a VE avaliada como **precariedade implantada** (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 12ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(continua)	
		Pontuação atingida	
Estrutura	N	n	%
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	8,0	80,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0
Material de Expediente	8,0	6,0	75,0
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	10,0	66,7
Subtotal	60,0	33,0	55,0

Tabela 3 - Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 12^o Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(conclusão)	
		Pontuação atingida	
Processo			
Normatização	6,0	3,0	50,0
Planejamento das ações	6,5	0,0	0,0
Avaliação das ações	6,0	0,0	0,0
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	6,0	100,0
Notificação	8,0	0,0	0,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	3,0	50,0
Disseminação das informações	6,0	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	1,0	16,7
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0
Subtotal	90,0	55,5	61,7
Total	150,0	88,5	59,0

Fonte: A autora

5.2 Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde

5.2.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 3^a GRS

Quanto a sede da II macrorregião de saúde, ou seja, a 3^oGRS, a dimensão estrutura obteve 84,2%. Apenas o subcomponente referente a existência de veículos não pontuou e todos os outros subcomponentes receberam a pontuação máxima. A dimensão processo de trabalho atingiu 79% da pontuação esperada, sendo que os subcomponentes planejamento das ações e integração da VE com a atenção básica foram os que obtiveram menor pontuação. Dessa forma, a média da dimensão estrutura e processo de trabalho foi de 81,1%, sendo a VE avaliado como **implantada** (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 3ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida	
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	10,0	100,0
Espaço Físico	8,5	8,5	100,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	50,5	84,2
Processo			
Normatização	6,0	6,0	100,0
Planejamento das ações	6,5	0,0	0,0
Avaliação das ações	6,0	3,5	58,3
Integ. da VE com AB**	5,5	0,0	0,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	4,0	66,7
Notificação	8,0	8,0	100,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e AD***	6,0	6,0	100,0
Disseminação das inf. ****	6,0	6,0	100,0
Monitoramento	6,0	5,0	83,3
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0
Subtotal	90,0	71,1	79,0
Total	150,0	121,6	81,1

Fonte: A autora.

Nota: *Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental

**Integração da VE com a atenção básica

***Processamento e análise dos dados

****Disseminação das informações

5.2.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 4ª GRS

Em relação a 4ª GRS, a média dos subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho alcançou 86,2%, da pontuação esperada, os subcomponentes espaço físico, material de expediente, insumos e recursos humanos receberam a pontuação máxima. A dimensão processo de trabalho atingiu 89,7%. A média da dimensão estrutura e do processo de trabalho corresponde a 88,3%, sendo avaliada portanto, como uma **VE implantada** (Tabela 5).

Tabela 5 - Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 4ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida	
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	3,2	33,7
Equipamentos	10,0	8,0	80,0
Espaço Físico	8,5	8,5	100,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	51,7	86,2
Processo			
Normatização	6,0	6,0	100,0
Planejamento das ações	6,5	6,5	100,0
Avaliação das ações	6,0	4,0	66,7
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	2,0	33,3
Notificação	8,0	8,0	100,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	5,0	83,3
Disseminação das informações	6,0	5,0	83,3
Monitoramento	6,0	4,7	78,3
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0
Subtotal	90,0	80,7	89,7
Total	150,0	132,4	88,3

Fonte: A autora.

5.2.3 Avaliação do grau de implantação da VE da 5ª GRS

Já 5ª GRS obteve 61,8% na dimensão estrutura, os subcomponentes veículos e espaço físico foram os que mais comprometeram a pontuação. A dimensão processo de trabalho atingiu 63,1%. Dessa forma, a 5ª GRS obteve 62,6% como média da dimensão estrutura e processo de trabalho, sendo avaliada como uma **VEparcialmente implantada** (Tabela 6).

Tabela 6 - Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 5ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida	
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	5,0	50,0
Espaço Físico	8,5	2,1	24,7
Material de Expediente	8,0	6,0	75,0
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	37,1	61,8
Processo			
Normatização	6,0	3,0	50,0
Planejamento das ações	6,5	6,5	100,0
Avaliação das ações	6,0	0,0	0,0
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	3,8	63,3
Educação permanente	6,0	0,0	0,0
Notificação	8,0	4,0	50,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	3,0	50,0
Disseminação das informações	6,0	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	0,0	0,0
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0
Subtotal	90,0	56,8	63,1
Total	150,0	93,9	62,6

Fonte: A autora.

5.3 Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde

5.3.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 6ª GRS

Na sede da III macrorregião de saúde, foi verificado que a dimensão estrutura atingiu 58,2% e que os subcomponentes veículos e espaço físico não obtiveram nenhuma pontuação. A dimensão processo de trabalho apresentou 43,2% da pontuação esperada e os subcomponentes avaliação das ações, integração da VE com as vigilâncias sanitária, ambiental e a atenção básica, normas e educação em saúde não obtiveram pontuação. Dessa forma, com uma média de apenas 49,2%, a 6ª GRS, foi considerada como uma **VE precariamente implantada** (Tabela 7).

Tabela 7 - Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 6ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida	
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	6,7	67,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0
Insumos	9,0	8,5	89,5
Recursos Humanos	15,0	11,7	78,0
Subtotal	60,0	34,9	58,2
Processo			
Normatização	6,0	3,0	50,0
Planejamento das ações	6,5	2,2	33,8
Avaliação das ações	6,0	0,0	0,0
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	0,0	0,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	0,0	0,0
Normas	6,0	0,0	0,0
Educação permanente	6,0	4,0	66,7
Notificação	8,0	2,7	33,8
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	6,0	100,0
Disseminação das informações	6,0	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	2,0	33,3
Educação em saúde	6,5	0,0	0,0
Subtotal	90,0	38,9	43,2
Total	150,0	73,8	49,2

Fonte: A autora.

5.3.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 7ª GRS

Na tabela 8, observa-se a avaliação dos subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 7ª GRS. A dimensão estrutura atingiu 77,2% e veículos foi o único subcomponente que não pontuou. A dimensão processo obteve 93,1% da pontuação esperada. A média de pontuação das dimensões estrutura e processo foi de 86,7%. Por isso, o grau de implantação da VE da 7ª GRS foi considerada como uma **VE Implantada** (Tabela 8).

Tabela 8 - Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 7ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada		Pontuação atingida
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	7,5	75,0
Espaço Físico	8,5	8,5	100,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	13,3	88,7
Subtotal	60,0	46,3	77,2
Processo			
Normatização	6,0	6,0	100,0
Planejamento das ações	6,5	3,3	50,8
Avaliação das ações	6,0	6,0	100,0
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	3,0	50,0
Notificação	8,0	8,0	100,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	6,0	100,0
Disseminação das informações	6,0	6,0	100,0
Monitoramento	6,0	6,0	100,0
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0
Subtotal	90,0	83,8	93,1
Total	150,0	130,1	86,7

Fonte: A autora.

5.3.3 Avaliação do grau de implantação da VE da 11ª GRS

Na 11ª GRS, a dimensão estrutura obteve 65,2%, e apenas o subcomponente insumos atingiu pontuação máxima. A dimensão processo corresponde a 83,2%. O total da dimensão estrutura e processo alcançaram 76,0% do percentual da pontuação esperada. A 11ª GRS teve a implantação avaliada como uma **VE parcialmente implantada** (Tabela 9).

Tabela 9 - Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 11ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida	
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	6,0	60,0
Espaço Físico	8,5	4,3	50,6
Material de Expediente	8,0	6,0	75,0
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	13,8	92,0
Subtotal	60,0	39,1	65,2
Processo			
Normatização	6,0	6,0	100,0
Planejamento das ações	6,5	0,0	0,0
Avaliação das ações	6,0	6,0	100,0
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	4,1	74,5
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	3,5	58,3
Notificação	8,0	8,0	100,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	6,0	100,0
Disseminação das informações	6,0	5,0	83,3
Monitoramento	6,0	2,3	38,3
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0
Subtotal	90,0	74,9	83,2
Total	150,0	114,0	76,0

Fonte: A autora.

5.4 Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde

5.4.1 Avaliação do grau de implantação da VE da 8ª GRS

A 8ª GRS alcançou 97,5% na dimensão estrutura. Apenas o subcomponente equipamentos não atingiu a pontuação máxima. A dimensão processo de trabalho obteve 71,4% e os subcomponentes notificação e educação em saúde não pontuaram. A 8ª GRS obteve uma pontuação final das dimensões estrutura e processo de 81,9% da pontuação esperada, sendo avaliada como **VE implantada** (Tabela 10)

Tabela 10 - Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 8ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida	
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	9,5	100,0
Equipamentos	10,0	8,5	85,0
Espaço Físico	8,5	8,5	100,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	58,5	97,5
Processo			
Normatização	6,0	3,75	65,5
Planejamento das ações	6,5	6,5	100,0
Avaliação das ações	6,0	4,0	66,7
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	4,0	66,7
Notificação	8,0	0,0	0,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	6,0	100,0
Disseminação das informações	6,0	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	4,0	66,7
Educação em saúde	6,5	0,0	0,0
Subtotal	90,0	64,3	71,4
Total	150,0	122,8	81,9

Fonte: A autora.

5.4.2 Avaliação do grau de implantação da VE da 9ª GRS

A tabela 11 apresenta ainda a média dos subcomponentes da dimensão estrutura e processo da sede da 9ª GRS. A dimensão estrutura obteve 59,8%, pouco mais da metade da pontuação esperada e os subcomponentes veículos e espaço físico não obtiveram pontuação. O componente processo atingiu 67,4%. Sendo que os subcomponentes avaliação das ações e educação em saúde foram os que obtiveram a pontuação mais baixa. A média da dimensão estrutura e processo foi de 64,3% da pontuação esperada. Dessa forma, o grau de implantação da VE foi verificada como **parcialmente implantada** (Tabela 11).

Tabela 11 - Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 9ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada		Pontuação atingida
	N	n	%
Estrutura			
Veículos	9,5	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	7,5	75,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0
Insumos	9,0	5,3	58,9
Recursos Humanos	15,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	35,8	59,8
Processo			
Normatização	6,0	3,0	50,0
Planejamento das ações	6,5	3,3	50,8
Avaliação das ações	6,0	1,0	16,6
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0
Integração da VE com a atenção básica	5,5	5,5	100,0
Normas	6,0	3,8	63,3
Educação permanente	6,0	4,5	75,0
Notificação	8,0	4,0	50,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0
Processamento e análise dos dados	6,0	6,0	100,0
Disseminação das informações	6,0	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	3,5	58,3
Educação em saúde	6,5	1,6	24,6
Subtotal	90,0	60,7	67,4
Total	150,0	96,5	64,3

Fonte: A autora.

5.4.3 Avaliação do grau de implantação da VE da 10ª GRS

A tabela 12 apresenta a média dos subcomponentes da dimensão estrutura e processo da sede da IV macrorregião de saúde. A dimensão estrutura obteve 48,3%, menos da metade da pontuação esperada e os subcomponentes veículos e espaço físico não pontuaram. O componente processo atingiu uma média de 70,5%. O total da dimensão estrutura e processo alcançaram 61,7% da pontuação esperada. A 10ª GRS apresenta um grau de implantação da VE como **parcialmente implantada** (Tabela 12).

Tabela 12 - Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho da 10ª Gerência Regional de Saúde. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada		Pontuação atingida	
	N	n	%	
Estrutura				
Veículos	9,5	0,0	0,0	
Equipamentos	10,0	2,0	20,0	
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0	
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0	
Insumos	9,0	9,0	100,0	
Recursos Humanos	15,0	10,0	66,7	
Subtotal	60,0	29,0	48,3	
Processo				
Normatização	6,0	0,0	0,0	
Planejamento das ações	6,5	6,5	100,0	
Avaliação das ações	6,0	4,0	66,7	
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	5,5	5,5	100,0	
Integração da VE com a atenção básica	5,5	0,0	0,0	
Normas	6,0	6,0	100,0	
Educação permanente	6,0	0,0	0,0	
Notificação	8,0	8,0	100,0	
Busca ativa	8,0	8,0	100,0	
Investigação	8,0	8,0	100,0	
Processamento e análise dos dados	6,0	3,0	50,0	
Disseminação das informações	6,0	6,0	100,0	
Monitoramento	6,0	2,0	33,3	
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0	
Subtotal	90,0	63,5	70,5	
Total	150,0	92,5	61,7	

Fonte: A autora.

5.5 Síntese: Avaliação do grau de implantação da I macrorregião de saúde

A tabela 13 apresenta a síntese dos subcomponentes da dimensão estrutura e processo da I macrorregião de saúde.

Tabela 13 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida (Sede)		Pontuação atingida (2ª GRS)		Pontuação atingida (12ª GRS)	
		n	%	n	%	n	%
Estrutura	N	n	%	n	%	n	%
Veículos	9,5	0,0	0,0	2,4	25,3	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	1,5	15,0	6,5	65,0	8,0	80,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Material de Expediente	8,0	1,5	18,8	8,0	100,0	6,0	75,0
Insumos	9,0	4,5	50,0	6,8	75,5	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	10,0	66,7	15	100,0	10,0	66,7
Subtotal	60,0	17,5	29,2	38,7	64,5	33,0	55,0

(continua)

Tabela 13 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da I macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(conclusão)					
		Pontuação atingida (Sede)		Pontuação atingida (2ª GRS)		Pontuação atingida (12ª GRS)	
Processo							
Normatização	6,0	5,3	88,3	4,5	75,0	3,0	50,0
Planejamento das ações	6,5	6,5	100,0	4,9	75,4	0,0	0,0
Avaliação das ações	6,0	1,3	21,7	4,5	75,0	0,0	0,0
Integ. VE com VS e VA*	5,5	5,5	100,0	5,5	100,0	5,5	100,0
Integ. da VE com AB**	5,5	0,0	0,0	5,5	100,0	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0	5,3	88,3	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	4,0	66,7	3,5	58,3	6,0	100,0
Notificação	8,0	2,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Processamento e AD***	6,0	6,0	100,0	6,0	100,0	3,0	50,0
Disseminação das inf.****	6,0	3,0	50,0	5,3	88,3	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	2,3	38,3	4,5	75,0	1,0	16,7
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0	4,9	75,4	6,5	100,0
Subtotal	90,0	64,4	71,5	70,4	78,2	55,5	61,7
Total	150,0	81,9	54,6	109,1	72,7	88,5	59,0

Fonte: A autora.

Nota: *Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental

**Integração da VE com a atenção básica

***Processamento e análise dos dados

****Disseminação das informações

5.6 Síntese: Avaliação do grau de implantação da II macrorregião de saúde

A tabela 14 apresenta a síntese dos subcomponentes da dimensão estrutura e processo da II macrorregião de saúde.

Tabela 14 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(continua)					
		Pontuação atingida (Sede)		Pontuação atingida (4ª GRS)		Pontuação atingida (5ª GRS)	
Estrutura	N	n	%	n	%	n	%
Veículos	9,5	0,0	0,0	3,2	33,7	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	10,0	100,0	8,0	80,0	5,0	50,0
Espaço Físico	8,5	8,5	100,0	8,5	100,0	2,1	24,7
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	6,0	75,0
Insumos	9,0	9,0	100,0	9,0	100,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	15,0	100,0	15,0	100,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	50,5	84,2	51,7	86,2	37,1	61,8

Tabela 14 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da II macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida (Sede)	(conclusão)				
			Pontuação atingida (4ª GRS)	Pontuação atingida (5ª GRS)	Pontuação atingida (4ª GRS)	Pontuação atingida (5ª GRS)	
Processo							
Normatização	6,0	6,0	100,0	6,0	100,0	3,0	50,0
Planejamento das ações	6,5	0,0	0,0	6,5	100,0	6,5	100,0
Avaliação das ações	6,0	3,5	58,3	4,0	66,7	0,0	0,0
Integ. VE com VS e VA*	5,5	4,0	74,5	5,5	100,0	5,5	100,0
Integ. da VE com AB**	5,5	0,0	0,0	5,5	100,0	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0	6,0	100,0	3,8	63,3
Educação permanente	6,0	4,0	66,7	2,0	33,3	0,0	0,0
Notificação	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	4,0	50,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Processamento e AD***	6,0	6,0	100,0	5,0	83,3	3,0	50,0
Disseminação das inf.****	6,0	6,0	100,0	5,0	83,3	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	5,0	83,3	4,7	78,3	0,0	0,0
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0	6,5	100,0	6,5	100,0
Subtotal	90,0	71,1	79,0	80,7	89,7	56,8	63,1
Total	150,0	121,6	81,1	132,4	88,3	93,9	62,6

Fonte: A autora.

Nota: *Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental

**Integração da VE com a atenção básica

***Processamento e análise dos dados

****Disseminação das informações

5.7 Síntese: Avaliação do grau de implantação da III macrorregião de saúde

A tabela 15 apresenta a síntese dos subcomponentes da dimensão estrutura e processo da III macrorregião de saúde.

Tabela 15 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida (Sede)	(continua)				
			Pontuação atingida (7ª GRS)	Pontuação atingida (11ª GRS)	Pontuação atingida (7ª GRS)	Pontuação atingida (11ª GRS)	
Estrutura	N	n	%	n	%	n	%
Veículos	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	6,7	67,0	7,5	75,0	6,0	60,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0	8,5	100,0	4,3	50,6
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	6,0	75,0
Insumos	9,0	8,5	89,5	9,0	100,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	11,7	78,0	13,3	88,7	13,8	92,0
Subtotal	60,0	34,9	58,2	46,3	77,2	39,1	65,2

Tabela 15 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da III macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(conclusão)					
		Pontuação atingida (Sede)		Pontuação atingida (7ª GRS)		Pontuação atingida (11ª GRS)	
Processo							
Normalização	6,0	3,0	50,0	6,0	100,0	6,0	100,0
Planejamento das ações	6,5	2,2	33,8	3,3	50,8	0,0	0,0
Avaliação das ações	6,0	0,0	0,0	6,0	100,0	6,0	100,0
Integ. VE com VS e VA*	5,5	0,0	0,0	5,5	100,0	4,1	74,5
Integ. da VE com AB**	5,5	0,0	0,0	5,5	100,0	5,5	100,0
Normas	6,0	0,0	0,0	6,0	100,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	4,0	66,7	3,0	50,0	3,5	58,3
Notificação	8,0	2,7	33,8	8,0	100,0	8,0	100,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Processamento e AD***	6,0	6,0	100,0	6,0	100,0	6,0	100,0
Disseminação das inf.****	6,0	3,0	50,0	6,0	100,0	5,0	83,3
Monitoramento	6,0	2,0	33,3	6,0	100,0	2,3	38,3
Educação em saúde	6,5	0,0	0,0	6,5	100,0	6,5	100,0
Subtotal	90,0	38,9	43,2	83,8	93,1	74,9	83,2
Total	150,0	73,8	49,2	130,1	86,7	114,0	76,0

Fonte: A autora.

Nota: *Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental

**Integração da VE com a atenção básica

***Processamento e análise dos dados

****Disseminação das informações

5.8 Síntese: Avaliação do grau de implantação da IV macrorregião de saúde

A tabela 16 apresenta a síntese dos subcomponentes da dimensão estrutura e processo da IV macrorregião de saúde.

Tabela 16 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	(continua)					
		Pontuação atingida (Sede)		Pontuação atingida (8ª GRS)		Pontuação atingida (9ª GRS)	
Estrutura	N	n	%	n	%	N	%
Veículos	9,5	0,0	0,0	9,5	100,0	0,0	0,0
Equipamentos	10,0	2,0	20,0	8,5	85,0	7,5	75,0
Espaço Físico	8,5	0,0	0,0	8,5	100,0	0,0	0,0
Material de Expediente	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Insumos	9,0	9,0	100,0	9,0	100,0	5,3	58,9
Recursos Humanos	15,0	10,0	66,7	15,0	100,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	29,0	48,3	58,5	97,5	35,8	59,8

Tabela 16 - Síntese. Avaliação do grau de implantação da VE da IV macrorregião de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada	Pontuação atingida (Sede)	Pontuação atingida		(conclusão)		
			(8ª GRS)	(9ª GRS)	Pontuação atingida (9ª GRS)		
Processo							
Normatização	6,0	0,0	0,0	3,75	65,5	3,0	50,0
Planejamento das ações	6,5	6,5	100,0	6,5	100,0	3,3	50,8
Avaliação das ações	6,0	4,0	66,7	4,0	66,7	1,0	16,6
Integ. VE com VS e VA*	5,5	5,5	100,0	5,5	100,0	5,5	100,0
Integ. da VE com AB**	5,5	0,0	0,0	5,5	100,0	5,5	100,0
Normas	6,0	6,0	100,0	6,0	100,0	3,8	63,3
Educação permanente	6,0	0,0	0,0	4,0	66,7	4,5	75,0
Notificação	8,0	8,0	100,0	0,0	0,0	4,0	50,0
Busca ativa	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Investigação	8,0	8,0	100,0	8,0	100,0	8,0	100,0
Processamento e AD***	6,0	3,0	50,0	6,0	100,0	6,0	100,0
Disseminação das inf.****	6,0	6,0	100,0	3,0	50,0	3,0	50,0
Monitoramento	6,0	2,0	33,3	4,0	66,7	3,5	58,3
Educação em saúde	6,5	6,5	100,0	0,0	0,0	1,6	24,6
Subtotal	90,0	63,5	70,5	64,3	71,4	60,7	67,4
Total	150,0	92,5	61,7	122,8	81,9	96,5	64,3

Fonte: A autora.

Nota: *Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental

**Integração da VE com a atenção básica

***Processamento e análise dos dados

****Disseminação das informações

5.9 Avaliação do grau de implantação da VE do nível central

A tabela 13 apresenta a média dos subcomponentes da dimensão estrutura e processo de trabalho do nível central da SES-PB. A dimensão estrutura alcançou 95,7%. O componente processo de trabalho atingiu 85,4%. Sendo que, os subcomponentes monitoramento e disseminação das informações foram os que obtiveram a pontuação mais baixa. A média das dimensões estrutura e processo trabalho foi de 89,5% da pontuação esperada. Dessa forma, o grau de implantação da VE foi considerada como ***implantada***.

Tabela 17 - Avaliação do grau de implantação da VE do nível central. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Dimensão e subcomponentes	Pontuação esperada		Pontuação atingida
Estrutura	N	n	%
Veículos	9,5	7,9	83,2
Equipamentos	10,0	9,3	93,0
Espaço Físico	8,5	8,5	100,0
Material de Expediente	8,0	7,7	96,3
Insumos	9,0	9,0	100,0
Recursos Humanos	15,0	15,0	100,0
Subtotal	60,0	57,4	95,7
Processo			
Normatização	6,0	5,5	91,7
Planejamento das ações	6,0	6,0	100,0
Acompanhamento e avaliação das ações	6,0	4,6	76,7
Integração da VE com as vigilâncias sanitária e ambiental	6,0	6,0	100,0
Integração da VE com a atenção básica	6,0	6,0	100,0
Discussão de óbitos infantis e maternos	6,0	4,5	75,0
Normas	6,0	6,0	100,0
Educação permanente	6,0	4,8	80,0
Estudos e pesquisas	6,0	4,5	75,0
Notificação	6,0	5,0	83,3
Busca ativa	6,0	6,0	100,0
Investigação	6,0	6,0	100,0
Processamento e análise de dados	6,0	4,5	75,0
Disseminação das informações	6,0	4,0	66,7
Monitoramento	6,0	3,5	58,3
Subtotal	90,0	76,9	85,4
Total	150,0	134,3	89,5

Fonte: A autora.

5.10 Avaliação do grau de implantação da VE das 04 macrorregiões

Levando em consideração os dados anteriores, a tabela 14 expressa os dados referentes as médias das dimensões de estrutura e processo da trabalho das 04 macrorregiões de saúde. Dessa forma, observa-se que a VE teve grau de implantação considerado como ***parcialmente implantada***.

Tabela 18 - Avaliação do grau de implantação da VE das 04 macrorregiões de saúde. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Macro região de Saúde	Estrutura		Processo		Total		Grau de implantação
	n	%	n	%	n	%	
1ª MRS	29,7	49,5	63,8	70,9	93,5	62,3	Parcialmente implantada
2ª MRS	46,4	77,3	69,5	77,2	116,0	77,3	Parcialmente implantada
3ª MRS	39,1	65,2	65,9	73,2	106,0	70,7	Parcialmente implantada
4ª MRS	41,1	68,5	62,8	69,8	103,9	69,3	Parcialmente implantada

Fonte: A autora.

5.11 Avaliação do grau de implantação da VE da SES-PB

Na tabela 15, visualiza-se o grau de implantação da VE da SES-PB, obtida através da média de pontuação das 04 macrorregiões de Saúde e do nível central. O grau de implantação da VE foi de 69,9% da pontuação esperada, sendo classificada com ***parcialmente implantada***.

Tabela 19 - Avaliação do grau de implantação da VE da SES-PB. Análise dos componentes e subcomponentes das dimensões estrutura e processo de trabalho. SES-PB. Brasil, 2013.

Estrutura		Processo		Total		Grau de implantação
n	%	n	%	n	%	
39,1	65,1	65,5	72,8	104,9	69,9	Parcialmente implantada

Fonte: A autora.

5.12 Análise do contexto da VE da SES-PB

Os resultados (quadro 5) demonstram o discurso dos participantes do estudo acerca da influência do contexto político e organizacional na implantação da vigilância epidemiológica no estado da PB, com maior intensidade foi colocado o contexto organizacional, seguido do político.

Quadro 5 - Análise do contexto da VE. SES-PB. Brasil, 2013.

(continua)

CATEGORIAS	DISCURSO
Contexto político	"Sim. Os municípios nem sempre executam o conjunto de ações sobre sua responsabilidade, demora nos resultados dos exames laboratoriais, rotatividade dos profissionais, falta de compromisso dos gestores e dos profissionais, assim como o descaso da importância da vigilância no contexto saúde-doença e recursos humanos insuficientes para realizar as ações".
	"Sim. Falta de fortalecimento adequado na VE"
	"Foi desconstruída em 2010. Os técnicos passaram a ser apoiadores"
	"Difícil comunicação ente federativa"

Quadro 5 - Análise do contexto da VE. SES-PB. Brasil, 2013.*(continua)*

CATEGORIAS	DISCURSO
Contexto organizacional	"Sim. Os municípios não executam o conjunto de ações sob sua responsabilidade"
	"Sim. Faltam profissionais"
	"Sim. Estrutura física inadequada para comportar o número necessário de profissionais no setor da VE"
	"Sim. Falta de capacitação e de treinamento para os técnicos da regionais da saúde"
	"Sim. Falta de capacitação para os profissionais e recursos financeiros"
	"Sim. Infraestrutura, falta de transporte para realização das visitas"
	"Sim. A falta de veículos próprios exclusivos da VE [...]. Temos conhecimento que esta é uma realidade que se perdura de outras gestões"
	"Número insuficiente de recursos humanos e, principalmente, a distribuição de medicamentos de hanseníase e TB, pois, a SES não atende a quantidade solicitada"

Fonte: A autora.

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise avaliativa da implantação da VE da SES-PB: A estrutura e a organização do processo de trabalho em saúde

A estratégia metodológica utilizada neste estudo, permitiu abordar várias questões levantadas para avaliação em relação as dimensões de estrutura e processo de trabalho da VE na SES-PB. Pimenta Júnior (2005), Souza et al. (2005), Saraceni et al. (2005), Oliveira, Camacho e Souza (2005), Hartz et al. (1997) e Bezerra et al. (2009) têm utilizado estratégias similares, no intuito de apreender o objeto estudado o mais próximo possível de sua realidade.

Bezerra et al. (2009), referem que embora as pontuações atribuídas e os pontos de corte utilizados possam reconstruir a realidade empiricamente esperada, os instrumentos não são capazes de assegurar o que, de fato, possa ocorrer em cada nível de análise. A elaboração do modelo lógico da VE da SES-PB apenas permitiu uma aproximação com a realidade estabelecida em relação a estrutura existente e nos diferentes processos de trabalho peculiares a cada região.

Na atualidade, visando haver melhoria da qualidade e o efetivo uso das avaliações dos programas e políticas de saúde, um pré-requisito indispensável é o envolvimento de todas as esferas responsáveis. A incorporação de visões diferentes no processo da avaliação permite aumentar a relevância dos resultados obtidos (HARTZ et al.,1997).

A criação de municípios no Brasil ganhou destaque após a década de 80 com a ampla compartimentação do território nacional (CIGOLINI; CACHATORI, 2012). No estado da Paraíba, o processo de municipalização ocorreu de maneira aparentemente não planejada e com critérios não transparentes. Atualmente, o estado conta com 223 municípios, sendo que 86% é considerado de pequeno porte, com população inferior a 20 mil habitantes. Muitos destes, só contam com serviços de atenção básica e somente alguns com serviços de média complexidade. Na prática diária, verifica-se uma inadequada integração entre o nível estadual em relação aos municípios para o desenvolvimento de ações da VE.

Para concretizar o conceito atual de vigilância em saúde, é necessário uma redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações. Essa ação visa enfrentar problemas que requerem

atenção e acompanhamento contínuos. Tais operações devem ocorrer em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

No estudo realizado na SES-PB, verificou-se que existe uma prática fragmentada em relação ao processo de trabalho, uma vez que na avaliação dos subcomponentes foram verificadas diversas dificuldades nesta dimensão. Vale referir a falta de integração entre as ações de vigilância em saúde e em várias macrorregiões do estado.

Em um estudo realizado na Secretaria Municipal de Saúde do Recife (PE) está referido que, embora todos os profissionais das equipes realizem, de alguma forma, ações de vigilância epidemiológica, o monitoramento dos indicadores da área e a análise da informação gerada pela equipe ainda são atividades pouco realizadas. Esse mesmo estudo relata ainda que o foco da intervenção das equipes são as atividades de busca ativa, notificação e diagnóstico (BEZERRA et al., 2009).

Foi verificado por Santos e Melo (2008) e por Cerqueira et al. (2003) que, embora a descentralização das ações de vigilância epidemiológica tenha contribuído para a melhoria de alguns indicadores de saúde, os profissionais ainda consideram uma prática secundária no processo de trabalho que deveria ser realizada por profissionais especializados.

Ainda segundo os mesmos autores, as ações de VE são predominantemente de controle e focadas nas doenças, e estão pautadas no modelo de atenção biomédico. Este é centrado na clínica, independente dos determinantes e condicionantes sobre o processo saúde-doença. As ações de prevenção são direcionadas para o estabelecimento de diagnóstico, medidas de isolamento e tratamento. Trata-se de uma vigilância de casos com o objetivo de quebrar a cadeia epidemiológica da doença, tendo o entendimento de VE como ação de controle, vinculando-a basicamente às doenças infectocontagiosas. Ou seja, o objeto da VE no caso estudado é a vigilância de casos em detrimento da vigilância dos fatores que determinam e condicionam o aparecimento das doenças e agravos na população (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Mudando o processo de trabalho a partir de uma nova concepção são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos, no qual são estabelecidas metodologias de aprendizagem

que tem como foco o usuário, e não mais a doença (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Outro aspecto relevante, no estudo realizado foi verificado que na dimensão estrutura, a vigilância epidemiológica não conta nas macrorregionais da Paraíba com um espaço físico adequado para o desenvolvimento de suas ações. Um estudo realizado em Feira de Santana-BA, enfatiza que a vigilância epidemiológica neste município também não tem conseguido manter uma estrutura física que assegure ao setor as condições necessárias e suficientes para o desenvolvimento das ações inerentes ao seu dia a dia (SANTOS; MELO, 2008). A autora afirma ainda que em relação aos recursos materiais e aos equipamentos, um dos grandes pontos críticos é a falta de um veículo específico para a VE, o que deixa a equipe quase sempre impossibilitada de estabelecer, em tempo hábil, as medidas de controle das doenças. Na SES-PB, foi verificado em todas as macrorregiões de saúde que o subcomponente veículos é um dos principais pontos críticos. A ausência destes impedem a realização de várias atividades inerentes a VE.

Sem uma estrutura minimamente organizada, o Estado não tem como cumprir o papel definido na Constituição, por leis e portarias. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a Portaria MS nº 3.252, datada 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, além de compreender que, para serem executadas as ações que são de atribuições dos Estados, entre elas o de coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado, torna-se imprescindível o uso de veículos.

Nessa lógica, um estudo realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Recife (PE) aponta que os sistemas locais de VE devem se estruturar para dar respostas aos problemas de saúde da população, também no que diz respeito à intervenção nos fatores de risco e à implementação de medidas de controle das doenças em tempo hábil (BEZERRA et al., 2009)

Um outro subcomponente importante se refere a disponibilidade e uso de equipamentos para dar suporte a realização das atividades diárias. Em algumas macrorregiões da SES-PB, observa-se também a disponibilidade para uso de equipamentos como um ponto frágil da dimensão da estrutura. Um estudo realizado

em municípios de Minas Gerais, identifica que a questão dos equipamentos aparecem como um item frágil, na medida que eles não são exclusivos da VE. Embora existam computadores, impressoras, ponto de Internet e formulários suficientes, o uso destes é compartilhado com outros sistemas de informação da própria secretaria. Foi ainda verificado em alguns municípios, escassez de material de consumo utilizado no processo de trabalho, especificamente os vinculados à impressão (GUIMARÃES et al., 2013).

Em relação aos recursos humanos, ocorre insuficiência de técnicos de níveis superior e médio na VE das macrorregiões de saúde da Paraíba, e isto reflete de forma direta na qualidade do trabalho da gestão. A relação direta entre a carência de recursos humanos e a dificuldade de descentralizar ações de VE para os demais níveis do sistema, assim como, a descentralização das ações de VE para os níveis distritais e para as unidades básicas de saúde, isso só se torna possível à proporção que se ofereçam profissionais qualificados e infraestrutura compatível com suas atribuições (GOLDBAUM, 1996; PASSOS, 2003; VILLA et al., 2002).

Pelo exposto é fundamental a gestão ampliar e qualificar seus técnicos, tanto de nível superior como de nível médio nas diversas instancias de atuação.

Cerqueira et al. (2003) referem que a informação é a principal ferramenta de trabalho da VE. É com base nesta que as ações são desencadeadas. Por esse motivo, a VE é caracterizada pelo tripé Informação-Decisão-Ação. A adequada coleta de dados é fundamental para garantir a qualidade da informação. Os dados são gerados nas diversas unidades do SUS e em instituições privadas e filantrópicas (ambulatórios, clínicas, hospitais, UBS, consultórios), onde ocorre o evento sanitário. Uma das principais fontes para o fornecimento de dados ainda é a notificação compulsória mediante formulário do Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

Estudo realizado em uma Secretaria de Estado do Nordeste Brasileiro, relata que os dados coletados evidencia que, no âmbito das secretarias municipais, há fragilidade na análise dos dados epidemiológicos/gerenciais, dificultando que a informação seja instrumento de auxílio para a tomada de decisão em saúde e que os técnicos, em sua grande maioria, limitam-se ao repasse e armazenamento de dados, sem transformá-los em informação (SAMPAIO et al., 2011).

A partir desta constatação, é possível a elaboração de uma proposta de treinamento no contexto da necessidade de realizar educação permanente em saúde. Vale referir ainda que esta ação é fundamental para o monitoramento e para

o processo de planejamento. O estudo realizado na SES-PB permitiu a verificar acerca da prática da educação permanente em saúde, que foi caracterizada como um ponto frágil na avaliação das 04 macrorregiões de saúde.

A literatura sobre a educação permanente em saúde e os documentos permite identificar um conjunto de características da concepção dessa política tais como a valorização do trabalho como fonte do conhecimento, a busca de articulação dos processos educativos dos profissionais de saúde com o cotidiano dos processos de trabalho, bem como a busca de articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social.

O reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores e dimensões, a orientação das ações educativas de profissionais para a integração do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, além da utilização de estratégias de ensino contextualizadas e participativas e a busca da transformação das práticas de saúde, conduz a um atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários e população.

Todas as ações referendadas visam a estimular a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica e qualificando a manusear novas tecnologias de forma a trabalhar de maneira organizada e horizontal (BRASIL, 2004, 2007; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; PEDUZZI et al., 2009; RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Para Freese, Cesse e Machado (2004), a avaliação que auxilia a tomada de decisão é aquela que se torna aliada do planejamento sem se tornar um setor isolado na SES, organizando o processo de trabalho de maneira horizontal. Estes autores ainda defendem que a participação de instituições acadêmicas na gestão do SUS favorece processos de mudança.

Neste sentido, o planejamento em saúde tem um papel importante para institucionalização da avaliação. Essa importância foi reconhecida pelos participantes desse estudo. Carnut (2012) refere que, tanto a nível central quanto local, só é possível planejar quando se possui conhecimento do sistema sob comando da equipe e do contexto no qual ele se insere. O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade de seus resultados, mantém relação direta com a qualidade das informações disponíveis.

Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos de saúde quanto à das pessoas que os utilizam. A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços (BRASIL, 2004b). Dessa forma, o planejamento a nível local torna-se mais que imprescindível pela característica própria da demanda que se preconiza no modelo de vigilância à saúde, ou seja, a demanda programada que visa contemplar as necessidades da população (BRASIL, 1990c).

O estudo de Souza (2008) relata que não é por acaso que as informações, em especial as epidemiológicas, sejam fundamentais para o processo de planejamento e programação das ações em saúde. Em uma política pública para enfrentamento de quaisquer problemas de saúde, seja de morbidade ou de mortalidade, é necessário uma base de informações confiáveis que sustente e direcione a tomada de decisão. A identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população só é possível a partir de boas informações e no momento oportuno.

O uso da informação em saúde deverá contribuir para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada do SUS, de modo a efetivar o comando único do sistema em cada esfera de governo e aprimorar o processo de descentralização progressiva de recursos, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais de saúde (BRASIL, 2004c).

A informação em saúde e a informática dinamizam a gestão ao facilitar o acompanhamento financeiro, administrativo e das políticas de saúde, além de subsidiar o planejamento e programação de ações e o estabelecimento de prioridades. Destarte, contribui de sobremaneira ao monitorar as ações do SUS, avaliando desempenho, processos e impacto dos serviços, qualificando as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria, bem como o acesso ao conhecimento, possibilitando a realização de consultas e relatórios sobre informações em saúde e agiliza a troca de informações com outras esferas do SUS (BRASIL, 2004c).

Dessa forma, destacamos no que se refere ao subcomponente normatização que apesar do nível central e das 04 macrorregiões de saúde elaborarem normas locais e específicas, definindo os fluxos das informações e protocolos, a maioria das equipes não implantam e não fazem uso diário destes, bem como, em várias

situações, não seguem suas diretrizes. Esse fato provoca uma importante dificuldade organizacional e de gestão da VE relacionada à condução das atividades de diagnóstico, investigação, prevenção, monitoramento e controle dos diversos agravos.

Silva (1992) afirma que a democratização da normatização técnica e a flexibilidade na organização do sistema são os princípios básicos que devem nortear a organização da VE no país. O que se dispõe hoje é caótico. As flutuações salariais no serviço público e as mudanças frequentes das políticas de investimento em saúde impedem o surgimento de uma geração de epidemiologistas que possam levar a cabo esta tarefa.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o sucateamento dos laboratórios de saúde pública contribuiu para impedir a existência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica. Outro aspecto é a excessiva vinculação do conceito de vigilância epidemiológica ao controle de doenças transmissíveis. A coleta e análise de informações epidemiologicamente relevantes não deve se restringir às doenças transmissíveis.

6.2 A influência do contexto da vigilância epidemiológica

A organização de um sistema de VE em âmbito nacional é fundamental para a condução de uma política adequada de saúde. A visão centralizadora deve ser excluída, ao tempo que se deve organizar um sistema em bases modernas e democráticas. A iniciativa deve partir dos colegiados de Secretarias Estaduais e Municipais que deverão organizar sistemas regionais a serem interligados num sistema nacional. Não há necessidade de excessiva uniformização, sendo que este é um conceito ultrapassado, no qual deve ser enterrado junto com os milhares de decretos, normas e regulamentos federais referentes à vigilância epidemiológica (SILVA, 1992).

Segundo Piovesan (2005), as mudanças na política social do país, especialmente na área da saúde, a partir de 1990, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, os quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões do setor.

Dessa forma, os resultados encontrados (quadro 5), pela sistematização das falas dos atores, demonstram que a VE encontra-se categorizadas no contexto político e organizacional.

No contexto político, observou-se o processo de municipalização do Estado da Paraíba. Conforme já apontado anteriormente, esse fato ocorreu de forma não ordenada. Dessa forma, o referido Estado tem a grande maioria dos seus municípios considerados de pequeno porte, ou seja, dos 223 municípios, 96,4% tem população inferior a 50.000 habitantes. No estudo de Paim (1996), na medida em que venha a significar uma efetiva redefinição de funções e competências entre os níveis de governo do SUS, implica a constituição de sistemas municipais de saúde, nos quais se pode identificar o modelo de gestão e de atenção a saúde ou modelo assistencial (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). Antes do SUS e especificamente antes da implementação da NOB 001/93, não se poderia considerar que os municípios brasileiros tivessem sistemas municipais. Os municípios tinham serviços de saúde municipais, porém não tinham capacidade de gestão do conjunto das instituições e unidades de prestação de serviços de saúde localizadas em seus territórios.

Carvalho et al. (2012) aponta que o processo de institucionalização do SUS, como política de caráter federativo e intergovernamental, gradualmente vem estabelecendo as novas competências e responsabilidades governamentais, que implicam constantes negociações e pactos intergestores, em meio a inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, que influem cotidianamente no exercício da gestão setorial.

No estudo realizado na SES-PB, foram observadas nas falas dos participantes a difícil comunicação entre os gestores do SUS e entre os demais atores.

Fernandes, Machado e Anschau (2009) relatam que a comunicação interpessoal e interprofissional é um fenômeno fundamental no processo de trabalho, sendo que o modo como uma ideia é transferida interfere no comportamento do mesmo. Dessa forma, ao desqualificar as informações, o processo de construção de sujeitos fica comprometido, constituindo pessoas sujeitadas ao trabalho e não sujeitos a ação. Não é necessário somente organizar o serviço para obter eficácia e eficiência nas ações desenvolvidas, mas construir sujeitos sociais de práticas singulares. Não basta apenas trabalhar com

interdisciplinaridade, são necessárias trocas intersubjetivas e comunicação interprofissional (FERREIRA, 2004; FRACCOLLI; MAEDA, 2000).

Dessa forma, estabelecer o diálogo e assumir responsabilidades trás a capacidade de decidir e de gerenciar processos, aferida através da participação dos diferentes atores no processo decisório.

A SES da Paraíba, está habilitada na condição de Gestão Plena do Sistema pela NOAS/2002, ratificando o interesse em assumir o papel de gestor estadual na

Descentralização das ações e serviços de saúde. As GRS, ainda existentes na estrutura das SES, estavam ativas e desempenham seus papéis gerenciais, tendo em vista a quantidade de municípios existente no estado.

As falas dos participantes revelam que a VE da PB necessita de uma reestruturação, no qual pudesse haver mais investimentos, vislumbrando-se o fortalecimento da VE, as melhorias estruturais e a qualificação da equipe.

A deficiente estrutura física da VE é um problema antigo. Há quem diga que o problema atinge todas as GRS. Algumas falas retratam dificuldades estruturais.

No estudo de Sampaio et al. (2011), também foram observadas as precárias condições da estrutura física na secretaria de estado. No estudo foi observado que os técnicos estavam alojados numa sala com paredes mofadas e com infiltrações e havia carência de equipamentos de informática, de acesso à internet e de insumos em geral.

Um estudo realizado por Alves (2008) relatou que a mudança na estrutura administrativa expressa um investimento da SES-SE no Projeto de Governo sob três propósitos referentes ao fortalecimento da atenção básica, a atuação enquanto gestora estadual do sistema e a própria institucionalização da avaliação. Com isso em vista, foram criadas coordenadorias e seções de monitoramento e avaliação nas SES e na Atenção Básica.

Ainda no mesmo estudo, relata-se que uma estrutura adequada para o Monitoramento e Avaliação também depende das estruturas existentes nas secretarias municipais, incluindo estrutura física, financeira e de recursos humanos (ALVES, 2008).

Nos achados de Lotufo (2003), dificuldades no planejamento e falta de um planejamento estratégico na SES foram alguns dos problemas mencionados no referido trabalho. Também foi outro achado de Sampaio et al. (2011), apontando a necessidade deste tipo de prática para implantar um programa. A introdução das

ferramentas de planejamento é meio de fortalecer a descentralização de processos. Porém, isso se torna exequível quando se tem profissionais qualificados e disponíveis para trabalhar tal ferramenta. No entanto, observaram-se nas falas questões do tipo rotatividade de profissionais nos municípios.

No estudo de Alves (2008), a alta rotatividade de servidores no quadro da SES-SE foi diagnosticada como problema. Essa rotatividade pode se tornar um elemento dificultador. A mesma autora ainda relata que, os problemas na contratação (sem concurso), a falta de um Plano de Cargos e Salários e o pouco incentivo à capacitação permanente podem se constituir em elementos que dificultam a implantação.

Diante das dificuldades citadas acima, o planejamento das ações fica comprometido (VILASBÔAS, 2006). Machado, Freese e Cesse (2004) afirmam que processos coletivos de planejamento e avaliação são tecnologias inovadoras de gestão, e diminuem as influências político-partidárias ou familiares.

Para Freese, Cesse e Machado (2004) a avaliação que auxilia a tomada de decisão é aquela que se torna aliada do planejamento sem se tornar um setor isolado na SES. Estes autores ainda defendem que a participação de instituições acadêmicas na gestão do SUS favorecem processos de mudança.

Segundo Felisberto et al. (2010), disseminar a cultura avaliativa, tornando essa prática incorporada às rotinas nas três instâncias gestoras do SUS, busca qualificar as ações dos tomadores decisão (profissionais de saúde, planejadores, gestores e representantes de organizações da sociedade civil), produzindo como efeito, mudanças nesses processos.

Desta forma, observa-se que a avaliação é uma importante ferramenta para a qualificação das práticas de monitoramento e avaliação da gestão no âmbito do SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada respondeu ao objetivo e as questões relativas as dimensões estrutura e processo de trabalho propostas no presente estudo. A partir da construção do modelo lógico da VE, pode-se aproximar o instrumento de coleta de dados da realidade local das unidades de análise.

No conjunto da SES-PB, verifica-se que no nível central, o grau de implantação da VE foi considerado implantado, assim como em 33% das GRS, enquanto que em 42% das GRS está parcialmente implantada e em 25% das GRS está precariamente implantada. Dessa forma, o somatório das médias obtidas das 12 GRS mais nível central classifica a vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde - Paraíba como parcialmente implantada.

Alguns pontos críticos foram verificados em relação ao componente estrutura e seus vários subcomponentes. Isso sugere a necessidade de realização de investimentos na estrutura para melhoria da qualidade das ações da VE, o que de fato permitiria ampliar o monitoramento das doenças de notificação compulsória e otimizar a vigilância de doenças não transmissíveis e das causas externas de morbimortalidade.

Os resultados demonstram ainda a influência do contexto político e organizacional da vigilância epidemiológica. Observa-se que houve influência do contexto na implantação desta. Esse contexto é resultado do processo de municipalização do estado na Paraíba, implantado de forma desordenada e não planejada.

De fato, instituir um sistema de avaliação, é colocar em movimento, o cotidiano dos gestores que atuam nas Secretarias Estaduais de Saúde. Mesmo em situações de sucesso, é possível conhecer pontos frágeis relacionado a estrutura e ao processo de trabalho, podendo também identificar pontos positivos que servirão de base para orientar o processo de planejamento e programação das ações de saúde, identificando fatores que possibilitem a melhoria das ações de VE.

Dessa forma, pode-se asseverar que a legislação que cria e regulamenta a VE, fundamenta-se na concepção de vigilância como um sistema de informação para ações de controle.

Acredita-se que os resultados da presente pesquisa contribuam para a compreensão do funcionamento das atividades de VE, tal como ainda são

executadas nos serviços de saúde, colaborando no desenho de estratégias de superação dos problemas detectados e do próprio modelo de vigilância existente.

Por fim, compreende-se que toda mudança é processual e contínua. Para a efetivação das ações da VE na SES-PB, é necessário o enfrentamento dos problemas existentes com a implementação de novas estratégias, entre elas, o fortalecimento do processo de trabalho através de investimentos financeiros na área de recursos humanos, com vistas a qualificação profissional. Ainda é relevante enfatizar as questões voltadas para estrutura física. Esse fato permitiria ainda fortalecer outras ações e o planejamento do SUS no Estado.

8 RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados, é possível identificar estratégias que possam vir a contribuir para a implantação e melhoria da VE da SES-PB, tais como:

- a) instituir uma prática de planejamento estratégico e participativo para a equipe da VE;
- b) reorganizar o processo de trabalho da equipe técnica da VE;
- c) realizar a educação permanente, com vistas a qualificação dos profissionais de saúde esteja comprometida com as mudanças do processo de trabalho;
- d) estabelecer o diálogo contínuo entre os gestores locais do SUS;
- e) articular uma agenda positiva junto aos municípios que compõem a região de saúde;
- f) ampliar o escopo de atuação da VE para além das doenças transmissíveis, enfocando também as doenças crônicas não transmissíveis;
- g) instituir o monitoramento e a avaliação das ações executadas pela equipe;
- h) realizar investimentos para melhoria da qualidade das ações da VE;
- i) orientar a implantação dos sistemas de avaliação pelos princípios do SUS e utilizar seus resultados para favorecer a tomada de decisão do gestor.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. de A. *Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise da implantação do programa em uma gestão estadual*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ALVES, C. K. de A. *Proposta de avaliação do grau de implantação das ações de vigilância epidemiológica em âmbito municipal*. 2003. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista brasileira de ciências sociais*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 31, p. 45-66, jun. 1996.

BARATA, L. C. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. V. D. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 15-24, fev. 2004.

BEGHIN, D.; DUJARDIN, B.; WOLLAST, E. Evaluación flexible de los sistemas de salud. In: FORO MUNDIAL DE LA SALUD, 8., 1989, Petrolina. *Anais*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

BEZERRA, L. C. A. et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009.

BRAGA, J. U.; WERNECK, G. L. *Vigilância epidemiológica*. [S. l.], 2009. Disponível em: <<http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?id=22240>>. Acesso em: 1 fev. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doutrinas e princípios (ABC do SUS n. 1)*. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96*. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa mundial de saúde no Brasil: como os brasileiros auto-avaliam sua saúde?. *Informe da atenção básica*, Brasília, DF, ano 5, n. 24, 2004. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo24.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252 de 22 dez 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 nov. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html>. Acesso em: 1 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 dez. 1999. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. (Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Brasília, DF, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/noas_2001.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 6.259, de 30 out. 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 209, 31 out. 1975. Seção 1, p. 4433-4434.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*,

Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 10 fev. 2011.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças na Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec*. São Paulo: Ed. Fiocruz, 1995. p. 80-110.

CARNUT, L. *Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2012.

CARVALHO, A. L. B. de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI Jr., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI Jr., L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 27-59.

CARVALHO, E. M. F. de. *Estudio de los factores psicosociales asociados con la hipertension arterial primaria*. 1993. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública) - Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1993.

CARVALHO, E.; SAMPAIO, J.; CESSÉ E. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Abordagem ecossistêmica em saúde*. Recife: Ed Universitária da UFPE, 2005.

CARVALHO, M. S.; MARZOCCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 66-74, 1992.

CASTRO, J. D. Análise da distribuição de recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e Rio Grande do Sul e proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição. *Saúde em debate*, Londrina, n. 32, p. 10-16, 1991.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CERQUEIRA, E. M. de et al. Vigilância epidemiológica no processo de municipalização do sistema de saúde em Feira de Santana-BA. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, DF, v. 12, n. 4, p. 213-223, 2003.

CIGOLINI, A. A.; CACHATORI, T. H. Análise do processo de criação de municípios no Brasil. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GEOCRÍTICA, 12., 2012, Bogotá. *Actas*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia, 2012. Disponível em:

<<http://www.ub.edu/geocrit/coloquio2012/actas/11-A-Cigolini.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2012.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (Paraíba). *Resolução nº 203, de 3 novembro de 2011*. Aprova a conformação de 16 (dezesesseis) regiões de saúde. João Pessoa, 2011. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-203.pdf?4c9b33>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (Paraíba). *Resolução nº 488, de 28 agosto de 2008*. Aprova o plano diretor de regionalização. João Pessoa, 2008.
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (Brasil). *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. Brasília, DF, 2002. (Série CNS – Cadernos Técnicos; Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 133).

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAIBA.
Comissões Intergestores Regionais. Disponível em: <<http://cosemspb.org/cir/>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

CORREIA, M. V. C. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. *Relevancia de los aportes teórico-metodológicos recientes en el campo de la educación del personal de salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de La Salud, 2002.

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

DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. *The Definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1.

FELISBERTO, E. *Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da Avaliação. In: SAMICO, I. et al. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 143-160.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1545, 2009.

- FERREIRA, A. S. Competências Gerenciais para Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.
- FOSSAERT, H.; LLOPIS, A.; TIGRE, C. H. Sistemas de Vigilância Epidemiológica. *Boletim da Oficina Sanitária Pan-americana*, Washington, DC, p. 512-528, 1974.
- FRACCOLLI, L. A.; MAEDA, S. T. *A Gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência*. São Paulo: Escola Enfermagem da USP, 2000.
- FREESE DE CARVALHO, E.; SAMPAIO, J.; CESSE, E. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Abordagem ecossistêmica em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.
- FREESE, E.; CESSE, E. A.; MACHADO, H. O. P. O desenho da pesquisa os contextos municipais. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 195-232.
- FREESE, E.; CESSE, E. *Análise da situação de saúde na Região Nordeste com foco nos determinantes sociais da saúde*. Trabalho apresentado na 1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde em Saúde, Recife, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF, 2005.
- GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 95-98, 1996.
- GUIMARÃES, E. A. A. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2105-2118, 2013.
- HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Elementos para el análisis y La caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: _____. *Educación permanente del personal de salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de Salud, 1994, p. 1-30.
- 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, Z. M. A. et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997, p. 89-131.
- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

IBGE. *Informações sobre os municípios brasileiros*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 20 dez. 2013.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LOTUFO, M. *Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES - Mato Grosso em 2001*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MACHADO, H. O. P.; FREESE, E.; CESSÉ, E. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Ed Universitária da UFPE, 2004.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HART, Z.; SILVA, L. M. V. da (Org.). *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R. A., 1999. *Levantamento das condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 1998: relatório de pesquisa*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde, 1999.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, BRASIL: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, 2005.

PAIM, J. S. *Organização em serviços de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde*. Salvador: EdUFBA, 1996.

PASSOS, I. M. R. "Assistir" e "vigiar" as ações de vigilância epidemiológica nas unidades básicas de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Avanços e Perspectivas) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PIMENTA JÚNIOR, F. G. *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

PIOVESAN, M. F. et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.

REZENDE, E. M. A. *A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás*. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Anápolis, UniEvangélica, Anápolis, 2013.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, v. 12, p. 39-44, 1996.

ROMERO, A.; TRONCO, S. O. M.; DEL, C. La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la practica y en la docencia. *Cuadernos medico sociales*, México, p. 17-28, 1981.

ROWAN, M. S. Logic Models in primary care reform: navigating the evaluation. *Canadian journal of program evaluation*, Toronto, v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000.

SAMICO, I. C. *Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da atenção básica: lições relevantes. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011.

SANTOS, N. R. Organização da atenção a saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do Modelo SUS. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 279-288, 2004.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-1932, 2008.

SARACENI, V. et al. Avaliação das campanhas para a eliminação da sífilis congênita, no Município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico lógico. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, Recife, v. 5, n. 1, p. 33-41, 2005.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993, Brasília, DF. *Anais...* Brasília DF: Fundação Nacional de Saúde, 1993.

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

SILVA, L. J. Vigilância epidemiológica: uma proposta de transformação. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-14, 1992.

SILVA, P. L. B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo: em perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 41-74.

SOUZA, M. F. M. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 5-6, 2008.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 2000.

TANAKA, O. Y.; DRUMOND JUNIOR, M. Descriptive analysis on the use of ambulatory services in the Brazilian Public Health System in cities in the state of São Paulo, from 2000 to 2007. *Epidemiologia e serviços de saúde*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 355-366, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

UGALDE, A.; HOMEDES, N. La descentralización de los servicios de salud en América Latina. *Gaceta sanitaria*, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 18-29, 2002.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). *Reforma em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1998.

VILASBÔAS, A. L. Q. *Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

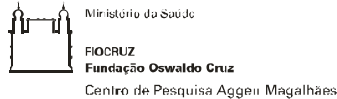
VILLA, T. C. S. et al. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território. *Revista latino-americana em enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 10-21, 2002.

WALDMAN, E. A. *Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública*. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WESTERN, K. A. Organización y administración de los programas de control de las enfermedades en los países en desarrollo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, DC, p. 381-396, 1980.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, R. K. *Case study research: Design and methods*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.



APENDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: Avaliação da Vigilância Epidemiológica no Estado da Paraíba
Investigador: Selda Gomes de Sousa
Local da Pesquisa: Secretaria Estadual da Saúde da Paraíba, nível central e Gerencias Regionais de Saúde

O Sr. está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa de Doutorado. Para poder participar, é necessário que leia este documento com atenção. Caso haja alguma dúvida, peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que não esteja devidamente esclarecido para você. O contato com a equipe de pesquisa poderá ser feito pelos telefones (83) 9191-9228.

O propósito deste documento é fornecer as informações sobre a pesquisa e, se assinado, a permissão da SES para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos, caso decida participar. A participação é voluntária. O senhor(a) pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende aprofundar a avaliação da VE da Paraíba. Dessa maneira possibilitará uma melhor compreensão do processo de implantação favorecendo o conhecimento da situação do projeto com vistas à melhoria da qualidade. Para realizar essa avaliação foi escolhida com estratégia de estudo o Estudo de Caso. O caso selecionado, foi a SES da PB e o objetivos desse estudo é Avaliar a VE no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de das Gerencias Regionais de Saúde do Estado da Paraíba. As fontes para verificação das evidências serão os profissionais que compõem a equipe gestora da SES e GRS (VE).

SELEÇÃO

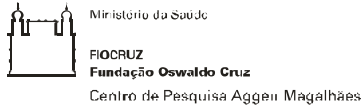
A seleção das pessoas (fontes de evidências) envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do projeto.

PROCEDIMENTOS

- Será utilizada a metodologia de pesquisa “Estudo de Caso”, com coleta de dados qualitativos e quantitativos.
- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário.

RISCOS E BENEFÍCIOS

- Existe o risco de constrangimento à pessoa associados à pesquisa.
- Os benefícios relacionados com a sua participação são: Fornecer informações para a Construção da Tese de Doutorado acerca da Vigilância Epidemiológica da PB. De forma que, seja realizada uma Avaliação da mesma.



Como se trata de uma Avaliação Formativa, a coleta de dados, se dará com a participação dos profissionais que compõem a equipe gestora da SES e GRS (VE) envolvidas e serão feitos os ajustes e orientações necessárias verificadas durante essa coleta.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A decisão em participar deste estudo é voluntária. O Sr. pode decidir não participar no estudo. Uma vez decidido participar do estudo, o senhor(a) pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se o senhor(a) decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo ao senhor(a) relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

A participação do(a) senhor(a) será voluntária, portanto não será pago pela participação neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS

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

Ressaltamos que no caso de publicação científica a origem da SES também permanecerá com a identidade preservada, apenas serão citados como caso.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com os pesquisadores responsáveis pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão.

Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

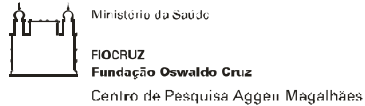
Eu recebi uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador Responsável: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2012



APENDICE B – Instrumento de coleta de dados - GRS

Identificação da Gerencia Regional de Saúde:

Gerencia Regional de Saúde: _____

Gerente do GRS: _____

Identificação do entrevistado:

Nome: _____

Idade: ____ Sexo: _____ Função: _____ Formação: _____

VEÍCULO

1. O setor de VE possui veículo próprio?

1.1 Se SIM quantos? _____

EQUIPAMENTOS

2. O setor de VE possui computador exclusivo?

2.1 Se SIM quantos? _____

3. O setor de VE possui impressoras?

3.1 Se SIM quantas? _____

4. O setor de VE possui telefone exclusivo?

4.1 Se SIM quantos? _____

5. O setor de VE possui FAX?

5.1 Se SIM quantos? _____

6. O setor de VE possui Internet?

6.1 Se SIM quantos pontos? _____

ESPAÇO FÍSICO

7. O setor de VE possui espaço próprio?

7.1 Se SIM quantas salas? _____

MATERIAL DE EXPEDIENTE

8. O setor de VE possui, na maioria das vezes, materiais de expediente em quantidade suficiente, tais como:

8.1 Papel

8.2 Tinta de impressora

8.3 Disquetes / CD's

8.4 Material ou recurso para desenvolvimento de oficinas de educação em saúde

INSUMOS

9. O setor de VE possui Guia de VE ou guia específico?

10. O setor de VE possui ficha de Investigação Individual?

11. O setor de VE possui ficha de notificação compulsória?

12. O setor de VE do DS possui software de quais dos sistemas de informação em saúde (SIS) abaixo?

12.1 SIM

12.2 SINAN

12.3 SINASC

RECURSOS HUMANOS

13. O(a) responsável pela VE foi nomeado(a) com carga horária de 40 horas semanais?

14. O setor de VE possui técnico de nível superior na equipe?

14.1 Categoria e quantidade: _____

15. O setor de VE possui técnico de nível médio na equipe?

15.1 Se SIM, quantos? _____

NORMATIZAÇÃO

16. O setor de VE possui normatização escrita com atribuições definidas para cada nível do sistema?

17. O setor de VE possui normas/portarias do MS?

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

18. O setor de VE programa as ações e metas a serem cumpridas durante o ano?

18.1 Se SIM, como se dá este processo?

AValiação DAS Ações

19. O setor de VE constrói instrumentos para avaliar as práticas de VE?

20. O setor de VE faz reuniões periódicas para avaliação das atividades realizadas pela GRS?

20.1 Se sim, qual a periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

21. O setor de VE faz reuniões periódicas com as ESF para avaliação das atividades realizadas?

21.1 Se sim, qual a periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

INTEGRAÇÃO DA VE COM AS VIGILÂNCIAS SANITÁRIA E AMBIENTAL

22. O setor de VE desenvolve ações integradas com as Vigilâncias Sanitária e Ambiental?

22.1 Se SIM, quais são estas ações?

INTEGRAÇÃO DA VE COM A ATENÇÃO BÁSICA

23. O setor de VE realiza ações integradas à Atenção Básica?

23.1 Se SIM, quais são estas ações?

NORMAS

24. O setor de VE utiliza as normas existentes para desenvolver as ações de VE?

25. O setor de VE repassa as normas existentes para o PSF?

EDUCAÇÃO PERMANENTE

27. O(a) responsável pela VE é Especialista em Saúde Pública/Epidemiologia?

28. Os técnicos de nível superior do setor de VE já fizeram cursos específicos na área de Vigilância Epidemiológica, nos últimos 5 anos?

28.1 Listar categoria, curso e carga horária:

29. Os técnicos de nível médio do setor de VE já fizeram cursos específicos na área de Vigilância Epidemiológica e/ou de Sistemas de Informação?

29.1 Listar curso e carga horária:

NOTIFICAÇÃO

30. O setor de VE realiza notificação de agravos, doenças ou eventos?

30.1 Se SIM, que agravos, doenças ou eventos são mais frequentemente notificados a GRS?

31. O setor de VE recebe do PSF o consolidado das fichas de notificação?

31.1 Se SIM, em que proporção das ESF?

31.2 Se sim, qual a periodicidade do recebimento?

(1- semanal; 2 – quinzenal; 3 – mensal; 4 – trimestral; 5 – outros; 6 – não se aplica)

BUSCA ATIVA

32. O setor de VE orienta a realização de busca ativa de agravos, doenças ou eventos?

32.1 De que agravos, doenças ou eventos são orientadas buscas ativas pela GRS?

INVESTIGAÇÃO

33. O setor de VE orienta a investigação de agravos, doenças ou eventos?

33.1 De que agravos, doenças ou eventos são orientadas a investigação pela GRS?

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

34. O setor de VE orienta a forma de como processar as fichas de notificação no SINAN?

34.1 Qual a proporção de notificações com preenchimento integral dos campos obrigatórios?

34.2 Qual a proporção de casos notificados e encerrados oportunamente?

35. Os relatórios tirados do SINAN são analisados?

35.1 Qual a periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

DISSEMINAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

36. Os municípios enviam o banco de dados do SINAN?

36.1 Qual a periodicidade?

(1- semanal; 2 – quinzenal; 3 – mensal; 4 – trimestral; 5 – outros; 6 – não se aplica)

37. O setor de VE envia relatórios para o PSF com informações sobre a situação epidemiológica do território?

37.1 Se sim, com que periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

MONITORAMENTO

38. O setor de VE constrói gráfico de tendências?

39. O setor de VE recebe dos PSF os boletins de acompanhamento dos casos de Tuberculose?

39.1 Se SIM, qual a periodicidade?

(1- quinzenal; 2 - mensal ; 3 – trimestral; 4 – semestral; 5 – outros; 6 – não se aplica)

39.2 Se SIM, que proporção das equipes?

40. O setor de VE recebe dos PSF os boletins de acompanhamento dos casos de Hanseníase?

40.1 Se SIM, qual a periodicidade?

(1- quinzenal; 2 - mensal; 3 – trimestral; 4 – semestral; 5 – outros; 6 – não se aplica)

40.2 Se SIM, que proporção das equipes?

41. O setor de VE monitora as metas pactuadas na PPI-VS para o município?

41.1 Se sim, qual periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

42. O setor de VE monitora as metas traçadas para os indicadores do Pacto da Atenção Básica?

42.1 Se sim, qual periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

43. O setor de VE realiza monitoramento de algum outro agravo ou doença?

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

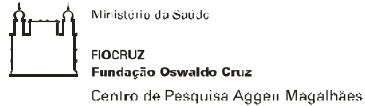
44. A Divisão de VE dá subsídios ao PSF para realização das atividades de Educação em Saúde para a comunidade?

44.1 Se sim, de que forma?

45. Quais os avanços ocorridos na VE, com a descentralização das ações?

46. Existem problemas na VE?

Se sim, quais? A partir de quando?



APENDICE C - Instrumento de coleta de dados - Nível central

Identificação do entrevistado:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Função: _____ Formação: _____

VEÍCULO

1. O setor de VE possui veículo próprio?

1.1 Se SIM quantos? _____

EQUIPAMENTOS

2. O setor de VE possui computador exclusivo?

2.1 Se SIM quantos? _____

3. O setor de VE possui impressoras?

3.1 Se SIM quantas? _____

4. O setor de VE possui telefone exclusivo?

4.1 Se SIM quantos? _____

5. O setor de VE possui FAX?

5.1 Se SIM quantos? _____

6. O setor de VE possui Internet?

6.1 Se SIM quantos pontos? _____

ESPAÇO FÍSICO

7. O setor de VE possui espaço próprio?

7.1 Se SIM quantas salas? _____

MATERIAL DE EXPEDIENTE

8. O setor de VE possui, na maioria das vezes, materiais de expediente em quantidade suficiente, tais como:

8.1 Papel

8.2 Tinta de impressora

8.3 Disquetes / CD's

8.4 Material ou recurso para desenvolvimento de oficinas de educação em saúde

INSUMOS

9. O setor de VE possui Guia de VE?

10. O setor de VE possui ficha de Investigação Individual?

11. O setor de VE possui ficha de notificação compulsória?

12. O setor de VE do DS possui software de quais dos sistemas de informação em saúde (SIS) abaixo?

12.1 SIM

12.2 SINAN

12.3 SINASC

RECURSOS HUMANOS

13. O diretor(a) da VE foi nomeado(a) com carga horária de 40 horas semanais?

14. O setor de VE possui técnico de nível superior na equipe?

14.1 Categoria e quantidade:

15. O setor de VE possui técnico de nível médio na equipe?

15.1 Se SIM, quantos? _____

NORMATIZAÇÃO

16. O setor de VE possui normatização escrita com atribuições definidas para cada nível do sistema?

16.1 Se não, segue que orientação?

17. O setor de VE tem conhecimento dos instrumentos legais que normatizam as ações de VE?

17.1 Especificar

18. O setor de VE possui Organograma da Secretaria de Saúde demonstrando sua inserção na estrutura organizacional?

18.1 Possui Lei que a aprovou?

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

19. O setor de VE programa as ações e metas a serem cumpridas durante o ano?

19.1 Se SIM, como se dá este processo?

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

20. O setor de VE faz reuniões periódicas com os DS para acompanhamento das ações desenvolvidas?

20.1 Se sim, qual a periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

21. O setor de VE constrói instrumentos para avaliar as práticas de VE?

22. O setor de VE faz reuniões periódicas com os DS para avaliação das atividades realizadas?

22.1 Se sim, qual a periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

INTEGRAÇÃO DA VE COM AS VIGILÂNCIAS SANITÁRIA E AMBIENTAL

23. O setor de VE desenvolve ações integradas com as Vigilâncias Sanitária e Ambiental?

23.1 Se SIM, quais são estas ações?

INTEGRAÇÃO DA VE COM A ATENÇÃO BÁSICA

24. O setor de VE realiza ações integradas à Atenção Básica?

24.1 Se SIM, quais são estas ações?

DISCUSSÃO DE ÓBITOS INFANTIS E MATERNOS

25. O setor de VE discute, junto aos atores envolvidos, os óbitos infantis do município?

25.1 Se SIM, qual a proporção dos óbitos discutidos?

26. O setor de VE discute, junto aos atores envolvidos, os óbitos maternos do município?

26.1 Se SIM, qual a proporção dos óbitos discutidos?

NORMAS

27. O setor de VE utiliza as normas existentes para desenvolver as ações de VE?

27.1 Se SIM, que normas são utilizadas?

28. O setor de VE acompanha e avalia os procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e conveniadas?

28.1 Como se dá este acompanhamento?

EDUCAÇÃO PERMANENTE

31. A diretor(a) da VE é Especialista em Saúde Pública / Epidemiologia?

32. Os técnicos de nível superior do setor de VE já fizeram cursos específicos na área de Vigilância Epidemiológica, nos últimos 5 anos?

32.1 Listar categoria, curso e carga horária:

33. Os técnicos de nível médio do setor de VE já fizeram cursos específicos na área de Vigilância Epidemiológica e/ou de Sistemas de Informação?

33.1 Listar curso e carga horária:

ESTUDOS E PESQUISAS

34. O setor de VE elabora anualmente documento com perfil epidemiológico do município?

35. O setor de VE realiza estudos em áreas prioritárias?

35.1 Se sim, qual a periodicidade?

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

NOTIFICAÇÃO

36. Existem unidades de saúde que notificam agravos, doenças ou eventos direto ao nível central?

36.1 Se SIM, que agravos, doenças ou eventos são notificados ao nível central?

BUSCA ATIVA

37. O setor de VE realiza busca ativa de agravos, doenças ou eventos?

37.1 De que agravos, doenças ou eventos são realizadas buscas ativas pelo nível central?

INVESTIGAÇÃO

38. O setor de VE realiza investigação de agravos, doenças ou eventos?
38.1 Que agravos, doenças ou eventos são investigados pelo nível central?
-

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

39. O setor de VE processa as Declarações de Óbito (DO) no SIM?
39.1 Qual a proporção de Óbitos captados pelo SIM?
39.2 Qual a proporção de DO, com causas mal definidas?
40. Os relatórios tirados do SIM são analisados?
40.1 Se sim, qual a periodicidade?
(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)
41. O setor de VE processa as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) no SINASC?
41.1 Qual a proporção de Nascidos Vivos captados pelo SINASC?
41.2 Qual a proporção de DNV com os campos principais ignorados?
42. Os relatórios tirados do SIINASC são analisados?
42.1 Se sim, qual a periodicidade?
(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

DISSEMINAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

43. O setor de VE elabora boletins epidemiológicos para os DS e outras instâncias da SMS, com informações sobre a situação epidemiológica do município?
43.1 Se sim, qual a periodicidade?
(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)
44. O setor de VE recebe dos DS o banco de dados do SINAN?
44.1 Se sim, qual a periodicidade?
(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)
45. O setor de VE elabora notas técnicas com base nos dados recebidos dos DS e divulga para órgãos de imprensa, população e serviços de saúde?
45.1 Se sim, qual a periodicidade?
(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

46. O setor de VE envia com regularidade à Secretaria Estadual as informações do SINAN?

46.1 Se SIM, com que regularidade? _____

47. O setor de VE envia com regularidade à Secretaria Estadual as informações do SIM?

47.1 Se SIM, com que regularidade? _____

48. O setor de VE envia com regularidade à Secretaria Estadual as informações do SINASC?

48.1 Se SIM, com que regularidade? _____

MONITORAMENTO

49. O setor de VE monitora as metas pactuadas na PPI-VS para o município?

49.1 Se sim, qual a proporção de metas alcançadas?

50. O setor de VE monitora as metas traçadas para os indicadores do Pacto da Atenção Básica?

50.1 Se sim, qual a proporção de metas alcançadas?

51. Que avanços ocorreram, nos últimos 5 anos, na Vigilância Epidemiológica?

52. Existem problemas na VE?

Se sim, quais? A partir de quando?

ANEXO A - Carta de anuência

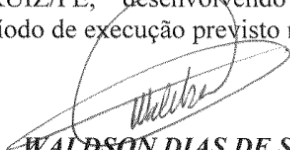
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

CARTA DE ANUÊNCIA

João Pessoa, 13 de julho de 2012

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE

Declaro, para os devidos fins, que a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba concorda em participar do Projeto de Pesquisa, intitulado: **AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DA PARAÍBA**, da Doutoranda **SELDA GOMES DE SOUSA ALVES** e do Professor/Pesquisador **EDUARDO FREESE**, do Curso de **DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE, desenvolvendo as atividades que lhes competem, pelo período de execução previsto no referido Projeto.



WALDSON DIAS DE SOUZA
Secretário de Estado da Saúde

Nome: **WALDSON DIAS DE SOUZA**
Cargo: Secretário de Estado da Saúde
CPF: n.º 028.578.024-71
Fone(s) para contato n.º 83 3212.7438
E-mail: waldsonsouza@hotmail.com

NEGO

AV. DOM PEDRO II, N.º 1826 – TORRE - JOÃO PESSOA – PB - CEP: 58.040.440
FONE: (083)-3218-7485 Fax: 3218-7305

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP



Título do Projeto: "Avaliação da vigilância epidemiológica do estado da Paraíba".

Pesquisador responsável: Selda Gomes de Sousa Alves.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 17/07/12

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 18/12

Registro no CAAE: 05239012.9.0000.5190

PARECER Nº 26/2012

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de setembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de setembro de 2012.

Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaila Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 454777
CEP/CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 05/09/2013.

Campus do UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.870-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO C - Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009

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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que versam sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando as disposições da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que se referem à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando o disposto na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA como promotora da proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.052/GM/MS, de 8 de maio de 2007, que aprova o Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA, contemplando as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando que o Regulamento Sanitário Internacional 2005 – RSI – estabelece a necessidade de aperfeiçoamento das capacidades dos serviços de saúde pública para detectar, avaliar, monitorar e dar resposta apropriada aos eventos que se

possam constituir em emergência de saúde pública de importância internacional, oferecendo a máxima proteção em relação à propagação de doenças em escala mundial, mediante o aprimoramento dos instrumentos de prevenção e controle de riscos de saúde pública;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.865/GM/MS, de 10 de agosto de 2006, que estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS como ponto focal nacional para o RSI junto à Organização Mundial da Saúde;

Considerando o disposto no Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009, que aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, estabelecendo as competências da SVS/MS como gestora do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e como formuladora da Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a ANVISA;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – com seus três componentes, quais sejam: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que reforça a regionalização, a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, 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 Portaria nº 2.751/GM/MS, de 12 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 e do Pacto pela Saúde;

Considerando a necessidade de uma atualização normativa da Vigilância em Saúde, tendo em vista o Pacto pela Saúde e o processo de planejamento do SUS, a definição de estratégias de integração com a assistência à saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde, e uma maior presença nos espaços de discussão e negociação regionais de forma articulada com os Colegiados de Gestão Regionais – CGR;

Considerando a necessidade de potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados, Distrito Federal e Municípios no exercício do papel de gestores da Vigilância em Saúde;

Considerando a relevante função da Vigilância em Saúde na análise da situação de saúde, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno;

Considerando a ampliação do escopo da Vigilância em Saúde com a incorporação da Saúde do Trabalhador, a importância cada vez maior das Doenças e Agravos não Transmissíveis e da Promoção da Saúde e a necessidade de organização para respostas rápidas em emergências de saúde pública;

Considerando o processo em curso de integração das vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) nas três esferas de governo;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS; e

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada em 17 de dezembro de 2009, resolve:

Art. 1º Aprovar as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA editarão, quando necessário, normas complementares a esta Portaria, submetendo as, quando couber, à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010.

Art. 4º Ficam revogados:

I - a Portaria nº 1.172/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no DOU nº 115, de 17 de junho de 2004, Seção 1, páginas 58 e 59;

II – a Portaria nº 740/GM/MS, de 7 de abril de 2006, publicada no DOU nº 70, de 11 de abril de 2006, Seção 1, páginas 42 e 43; e

III - os artigos 18, 19, 20, 21, 22 e 23 e o inciso III e o parágrafo único do art. 37 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, publicada no DOU nº 22, de 31 de janeiro de 2007, Seção 1, páginas 45 a 50.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO
CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS GERAIS
Seção I
Da Vigilância em Saúde

Art. 1º A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

I - vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;

II - promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

III - vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;

IV - vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade

de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

V - vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e

VI - vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Seção II Do Pacto pela Saúde

Art. 3º As ações da Vigilância em Saúde têm por premissa as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS –, em suas três dimensões, promovendo:

I - substituição do processo de certificação para a gestão das ações de Vigilância em Saúde pela adesão ao Pacto;

II - a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS, devendo orientar, dentro do princípio da integralidade, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores;

III - co-gestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo;

IV - revisão das responsabilidades sanitárias definidas nos eixos do Pacto de Gestão, de forma a fortalecer a integralidade da atenção à saúde, a ser disciplinada em ato normativo específico; e

V - fortalecimento do processo de participação social e das estratégias de mobilização social vinculadas à instituição da saúde como direito de cidadania.

Seção III Da Integralidade

Art. 4º A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

§1º As redes de atenção à saúde consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

§2º A integralidade é compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.

§3º A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade para sua organização.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a

realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família;

II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;

III - monitoramento e avaliação integrada;

IV - reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos e entre outros; e

V - educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

Art. 6º As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações.

§1º As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e dos Agentes de Combate a Endemias – ACE, ou agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, serão desempenhadas de forma integrada e complementar.

§ 2º Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, nas equipes de Saúde da Família, cuja disciplina será realizada por meio de ato normativo específico, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Portaria.

§ 3º Os profissionais de Atenção Primária à Saúde não incorporarão a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de vigilância sanitária.

Art. 7º As ações de Vigilância Sanitária devem ser desenvolvidas com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como elemento estruturante do SUS.

Art. 8º As ações de promoção da saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades existentes, buscando intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Art. 9º Na busca da integralidade deve-se promover a articulação de atores e políticas sociais no planejamento e execução de ações intersetoriais.

Parágrafo único. Na região de saúde, a pactuação de ações de vigilância e promoção da saúde e a articulação intersetorial devem ocorrer no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional – CGR.

Art. 10. A organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade.

Parágrafo único. O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho.

Art. 11. A disciplina normativa do apoio matricial em Vigilância em Saúde deverá ocorrer no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a publicação desta Portaria, considerando as seguintes atribuições mínimas:

- I - análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;
- II - apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção;
- III - articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e
- IV - articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.

Seção IV

Das Emergências em Saúde Pública

Art. 12. A SVS/MS é o ponto focal nacional, da Organização Mundial da Saúde – OMS, para os propósitos previstos no RSI no que se refere à prontidão, ao monitoramento e à resposta oportuna às situações de risco de disseminação de doenças e à ocorrência de outros eventos de saúde pública que impliquem emergências de saúde pública de importância internacional.

Art. 13. A SVS/MS é o ponto focal na representação do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Defesa Civil, colegiado responsável pelo acompanhamento do Sistema Nacional de Defesa Civil visando à prevenção, à preparação e à resposta da saúde aos desastres.

Art. 14. Na resposta às emergências de saúde pública, a SVS/MS, em articulação com outros órgãos e entidades federais e demais esferas de governo e com possibilidade de requisição administrativa de bens e serviços do setor privado e do terceiro setor, atuará na ocorrência de eventos que tenham risco real ou potencial de disseminação no território nacional ou que supere a capacidade de resposta da direção estadual do SUS, de acordo com as especificidades do evento.

Art. 15. Para o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão, o sistema de saúde conta com uma rede integrada de unidades

de alerta e resposta, denominada Rede de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde – Rede CIEVS.

Parágrafo único. A Rede CIEVS é composta por centros com estrutura técnico-operacional voltada para:

- I - a detecção das emergências de saúde pública;
- II - a avaliação contínua de problemas de saúde que possam constituir emergências de saúde pública; e
- III - o gerenciamento, coordenação e apoio às respostas desenvolvidas nas situações de emergência.

Art. 16. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, dentro do seu campo de competência, detecta emergências em saúde pública e define ações de intervenção, por intermédio de:

- I - Rede de Comunicação em VISA – Rcvisa, que notifica surtos relacionados a alimentos;
- II - Farmácias Notificadoras, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas em relação ao consumo de medicamentos;
- III - Hospitais Sentinelas, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos e equipamentos de saúde;
- IV - Notivisa, que notifica eventos adversos e queixas técnicas relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, quais sejam:
 - a) medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;
 - b) artigos médico-hospitalares;
 - c) equipamento médico-hospitalar;
 - d) sangue e componentes;
 - e) agrotóxicos;
- V - Centro de Informações Toxicológicas, que notifica intoxicações e envenenamentos; e
- VI - postos da ANVISA em portos, aeroportos e fronteiras, que notificam eventos relacionados a viajantes, meios de transporte e produtos.

CAPÍTULO II DOS SISTEMAS

Art. 17. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é coordenado pela SVS/MS no âmbito nacional e é integrado por:

- I - Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;
- II - Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;
- III - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à Vigilância em Saúde;
- IV - sistemas de informação de Vigilância em Saúde;
- V - programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações;
- VI - Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e
- VII - Política Nacional de Promoção da Saúde.

Art. 18. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é coordenado pela ANVISA no âmbito nacional e é integrado por:

- I - ANVISA;
- II - Vigilâncias Sanitárias estaduais;
- III - Vigilâncias Sanitárias municipais;
- IV - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância sanitária; e
- V - sistemas de informação de vigilância sanitária.

Art. 19. O conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 1990, executado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios compõe os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária.

CAPÍTULO III DA GESTÃO DOS SISTEMAS Seção I

Da Gestão Compartilhada

Art. 20. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária é compartilhada por União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Parágrafo único. As atividades compartilhadas entre União, Estados e Municípios são pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e entre Estados e Municípios na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, tendo por base a regionalização, a rede de serviços e tecnologias disponíveis.

Seção II

Das Competências da União

Art. 21. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde, formular políticas em Vigilância em Saúde, estabelecer diretrizes, prioridades e gerir os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito nacional, compreendendo:

- I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
- II - coordenação nacional das ações definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde;
- III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;
- IV - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;
- V - apoio aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;
- VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;
- VIII - participação no processo de planejamento, que inclui:
 - a) participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

- b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;
 - c) definição das prioridades, objetivos, metas e indicadores de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, a serem negociados na CIT;
 - d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, acordadas de forma tripartite, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde;
 - e) assessoria técnica às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde 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;
 - f) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;
- IX - normalização técnica;
- X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios em emergências de saúde pública de importância estadual, quando indicado;
- XI - comunicação de emergências de saúde pública de importância internacional à OMS, conforme definições do RSI;
- XII - apoio aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União;
- XIII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia nacional de Vigilância em Saúde, sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Estados, os Distrito Federal e os Municípios;
- XIV - apoio aos Estados e ao Distrito Federal na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;
- XV - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde coordenadas e realizadas pelos Estados e Distrito Federal;
- XVI - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

- a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados pelos Estados e pelo Distrito Federal para o nível nacional;
 - b) análise da completude dos campos e consistência dos dados e consolidação dos dados provenientes dos Estados e Distrito Federal;
 - c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde;
 - d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
 - e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito nacional;
 - f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais;
- XVII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde;
- XVIII - realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional, que venham a atender às necessidades da Política de Promoção e da Vigilância em Saúde;
- XIX - participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde, de acordo com a Política de Desenvolvimento Profissional e a Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde;
- XX - promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações no campo da promoção, prevenção e Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Ciência e Tecnologia;
- XXI - promoção, fomento e implementação do desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento da análise de saúde, do conhecimento de fatores de risco e de contextos de vulnerabilidade da população;
- XXII - promoção e fomento à participação social das instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Apoio à Gestão Participativa;
- XXIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;
- XXIV - gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Estados e ao Distrito Federal, de acordo com as normas vigentes;

XXV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;
- b) seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um Estado;
- c) medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na CIT;
- d) reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, definidos pelos gestores nacionais das redes integrantes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, nos termos acordados na CIT;
- e) insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas - inseticidas, larvicidas e moluscocidas – indicados pelos programas;
- f) equipamentos de proteção individual – EPI para todas as atividades em Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho;
- g) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com pactuação com as demais esferas de governo;

XXVI - coordenação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, conforme disciplina prevista em ato normativo específico;

XXVII - implantação, coordenação e apoio à estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, por meio do CIEVS;

XXVIII - coordenação SISLAB nos aspectos relativos às redes de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnicooperacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes;

XXIX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional, as estratégias e normatizações técnicas sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXX - cooperação técnica para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;

XXXI - estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de:

- a) produtos, substâncias de consumo e uso humano;
- b) serviços de saúde;
- c) serviços de interesse da saúde;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos e entidades públicas;

XXXIV - regulação e a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras; e

XXXV - normatização e coordenação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Parágrafo único. A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea “f” do inciso XVI deste artigo deverá ser pactuada na CIT quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

Seção III

Das Competências dos Estados

Art. 22. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde implementar as políticas, diretrizes, prioridades e a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, compreendendo:

- I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
- II - coordenação das ações definidas na Política Nacional e Estadual de Promoção da Saúde;
- III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;
- IV - coordenação das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;
- V - apoio aos Municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;
- VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

a) participação na elaboração do Plano Estadual de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;

c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma negociada na CIB;

d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde estadual;

e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, garantindo que as prioridades identificadas durante a análise da situação de saúde da população estejam neles contempladas;

f) assessoria técnica às Secretarias Municipais de Saúde 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;

g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica complementar à disciplina nacional;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública, de importância nacional, ao Ministério da Saúde, nos termos da disciplina por ele estabelecida;

XII - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme disciplina federal e estadual;

XIII - apoio aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme disciplina federal e estadual;

XIV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Municípios;

XV - apoio aos Municípios na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVI - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos Municípios;

XVII - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos Municípios e/ou regionais, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional;

b) consolidação e análise dos dados provenientes dos Municípios, por meio de processamento eletrônico dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

c) retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde;

d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações, no âmbito estadual;

f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas pelo nível federal;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito estadual, que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - fomento e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não-governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Municípios, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) seringas e agulhas, sendo facultada ao Estado a delegação desta competência à União;
 - b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;
 - c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos definidos na CIB;
 - d) equipamentos de aspersão de inseticidas;
 - e) equipamentos de proteção individual – EPI para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo máscaras faciais completas;
 - f) óleo vegetal para diluição de praguicida;
- XXV - coordenação da RENAST no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST pactuados na CIB;
- XXVI - implantação, coordenação e estruturação do componente estadual da Rede CIEVS;
- XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;
- XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB e rede nacional de laboratórios;
- XXIX - armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional;
- XXX - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- XXXI - cooperação técnica, no âmbito estadual, para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;
- XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação em caráter complementar à esfera federal na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXIV - colaboração com a União na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

§ 1º A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea “f” do inciso XVII deste artigo deverá ser pactuada na CIB quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

§ 2º Os Estados poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS.

Seção IV

Das Competências dos Municípios

Art. 23. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação municipal das ações definidas na Política Nacional, Estadual e Municipal de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação municipal das ações de Vigilância em Saúde;

V - participação no processo de regionalização solidária e cooperativa;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

- a) participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
 - b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde no Município;
 - c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma articulada com as definições da respectiva CIB;
 - d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde no Município, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Município, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde;
 - e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, garantindo que as prioridades identificadas na análise da situação de saúde da população estejam contempladas nos mesmos;
 - f) definição de processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, com uso da epidemiologia nos serviços e do uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
 - g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;
- IX - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;
- X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância municipal;
- XI - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;
- XII - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, Estado e Município;
- XIII - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- XIV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

XV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, no seu âmbito de gestão;

XVI - vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

b) transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;

c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;

d) análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;

f) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas nos âmbitos federal e estadual;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito municipal que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - promoção e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos definidos na CIB;

c) equipamentos de proteção individual - EPI – para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito municipal;

XXVI - coordenação e estruturação do componente municipal da Rede CIEVS, quando couber;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;

XXIX - coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;

XXX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XXXI - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;

XXXII - coordenação das ações desenvolvidas pelos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e pela Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, no âmbito municipal, quando couber;

XXXIII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde, no âmbito municipal;

XXXIV - participação, em caráter complementar às esferas federal e estadual, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXV - colaboração com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 e do inciso XXIV do art. 22 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

Seção V

Do Distrito Federal

Art. 24. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária pelo Distrito Federal compreenderá, simultaneamente, as competências relativas a Estados e Municípios.

CAPÍTULO IV

DA SUBSTITUIÇÃO DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

Art. 25. A adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da homologação dos respectivos Termos de Compromisso de Gestão, substitui o processo de certificação da gestão das ações de Vigilância em Saúde como instrumento formalizador do compromisso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no desenvolvimento das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde.

Art. 26. Os entes federados, considerada a situação atual de certificação e adesão ao Pacto pela Saúde, identificam-se nas seguintes categorias:

I - Estados, Distrito Federal e Municípios certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde;

II - Municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde;

III - Municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde; e

IV - Municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde.

Art. 27. Os Municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde permanecem com a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde até a efetivação de sua adesão e deverão atender ao disposto nos arts. 47 e 48, condicionado à alimentação regular dos sistemas de informação acompanhado do monitoramento do saldo bancário, a ser regulamentado em ato específico.

Art. 28. Os Municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde assumirão a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde, mediante publicação de portaria com os valores referentes ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, pactuados na respectiva CIB, para efetivação da transferência.

Art. 29. O repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, do Bloco da Vigilância em Saúde, a Municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde está condicionado à respectiva adesão, ficando extintas novas certificações.

CAPÍTULO V DO PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 30. O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde.

Parágrafo único. As diretrizes, ações e metas de Vigilância em Saúde devem estar inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde - PAS das três esferas de gestão.

Art. 31. A Vigilância em Saúde insere-se no processo de regionalização da atenção à saúde, devendo estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização – PDR e na Programação Pactuada Integrada – PPI –, com inclusão da análise das

necessidades da população, da definição de agendas de prioridades regionais, de ações intersetoriais e de investimentos.

Art. 32. O monitoramento e a avaliação das ações de Vigilância em Saúde que orientam a tomada de decisões e qualificam o processo de gestão são de responsabilidade das três esferas de gestão e devem ser realizados:

I - de forma integrada, considerando os aspectos da vigilância, promoção e atenção à saúde;

II - com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e nas programações das ações; e

III - com metodologia acordada na CIT.

Art. 33. Os resultados alcançados das ações de Vigilância em Saúde comporão o Relatório Anual de Gestão - RAG em cada esfera de gestão.

CAPÍTULO VI DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES Seção I

Da Composição e Transferência de Recursos Art. 34. Os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

I - Componente de Vigilância e Promoção da Saúde; e

II - Componente da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde.

Art. 35. O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, constituído em:

I - Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde - PFVPS; e

II - Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde - PVVPS.

Parágrafo único. Os valores do PFVPS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 36. O PFVPS compõe-se de um valor per capita estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa.

Parágrafo único. Para efeito do PFVPS, as unidades federativas são estratificadas nos seguintes termos:

I - Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);

II - Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

III - Estrato III: São Paulo e Paraná; e

IV - Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Art. 37. Os recursos que compõem o PFVPS serão alocados segundo os seguintes critérios:

I - as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVPS atribuído ao Estado correspondente, acrescidos dos valores referentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública - FINLACEN;

II - cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do per capita do PFVPS atribuído ao Estado correspondente;

III - cada capital e município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% do per capita do PFVPS atribuído ao Estado correspondente; e IV - fator de ajuste pactuado na CIB, destinado ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

§ 1º Os recursos referentes às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal deverão ser pactuados entre Estados e Municípios na respectiva CIB e acrescidos aos PFVPS de Estados e Municípios.

§ 2º A CIB definirá o valor do PFVPS destinado à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios, em cada Estado.

§ 3º O Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVPS atribuído a esta unidade federativa, acrescido dos valores referentes ao FINLACEN e às campanhas de vacinação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 38. O PVVPS é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a) Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE;
- b) Sistema de Verificação de Óbito – SVO;
- c) Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP;
- d) Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS;
- e) fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- f) incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST;
- g) promoção da saúde; e
- h) outros que venham a ser instituídos.

Art. 39. A reserva estratégica federal será constituída de valor equivalente a até 5% (cinco por cento) dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde.

Art. 40. O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde será publicado por ato normativo conjunto da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da SVS/MS.

Art. 41. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído em:

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa, composto pelo piso estruturante e piso estratégico,

acrescido dos valores referentes ao FINLACEN-Visa; e

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVisa, constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a) gestão de pessoas em Vigilância Sanitária para política de educação permanente;
- e b) outros que venham a ser instituídos.

Parágrafo único. Os valores do PFVisa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 42. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica, vetada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Seção II

Do Monitoramento dos Recursos da Vigilância em Saúde a Estados e Municípios

Art. 43. A comprovação da aplicação dos recursos será feita consoante a disciplina prevista no art. 3º da Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, por meio do RAG aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 44. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação–SINAN, de Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC e do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, conforme regulamentações específicas destes Sistemas.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão notificar semanalmente agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no SINAN, conforme a Portaria SVS/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, e a Instrução Normativa SVS/MS nº 2, de 22 de novembro de 2005.

§ 2º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão garantir a transferência dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito no quantitativo esperado, por meio eletrônico, conforme a Portaria nº

116/SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, e o ato normativo específico a ser publicado anualmente.

Art. 45. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; e

II - preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA-SUS.

Art. 46. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos Municípios situados no âmbito de seu Estado.

Art. 47. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde para Estados e Municípios se dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos nos parágrafos 1º e 2º do art. 44, segundo parâmetros a serem publicados em ato normativo específico.

Art. 48. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados e Municípios se dar-se-á caso seja constatado o não cadastramento no CNES ou 2(dois) meses consecutivos sem preenchimento do SIA-SUS.

Art. 49. O Ministério da Saúde publicará ato normativo específico com a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados.

Art. 50. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio.

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos

anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 51. Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos Municípios e Estados que estão certificados a assumir a gestão das ações de Vigilância em Saúde.

Art. 52. Compete aos Estados a execução das ações de Vigilância em Saúde em Municípios não certificados e que não aderiram ao Pacto pela Saúde.

Art. 53. O monitoramento do saldo bancário dos Municípios que recebem recursos do Bloco de Vigilância em Saúde e que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde será realizado anualmente para efeito de bloqueio, a ser disciplinado em ato normativo específico.

Art. 54. Para efeito da implantação das novas regras estabelecidas, o Ministério da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da publicação desta Portaria, realizará o levantamento dos saldos financeiros existentes em 31 de dezembro de 2009 nas contas dos Estados e dos Municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde, referentes ao Bloco de Vigilância em Saúde.

§ 1º O Estado ou Município em que for constatado saldo bancário superior ao valor

correspondente a 6 (seis) meses de repasse deverá apresentar na respectiva CIB, no prazo de três meses após a divulgação do saldo, um formulário de aplicação dos recursos acumulados, que deverão ser executados até o final do ano de 2010.

§ 2º O formulário descrito no parágrafo anterior deverá apresentar o demonstrativo dos recursos comprometidos ou proposta de aplicação do respectivo saldo vinculada às ações estabelecidas nas programações anuais de saúde.

§ 3º A CIB fica responsável por informar ao Ministério da Saúde o consolidado da situação identificada.

§ 4º A comprovação da aplicação dos recursos se dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 55. As disposições contidas nos arts. 44, 45, 46, 47 e 48 do Anexo a esta Portaria entrarão em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação, de forma a permitir a adequação necessária por parte do Ministério da Saúde, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde não efetuará o bloqueio durante o período estabelecido no caput deste artigo.

Art. 56. A CIB deverá enviar até 31 de março de 2010 os valores relativos do PFVPS destinados à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios de que trata o § 2º do art. 37.

Art. 57. A periodicidade do repasse mensal será mantida no primeiro quadrimestre de 2010 para efetivar a operacionalização de que trata o art. 42.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58. O Ministério da Saúde editará ato normativo anualmente com especificação das prioridades e dos critérios pactuados na CIT para a alocação de recursos de

investimento em Vigilância em Saúde, em conformidade com a Portaria nº 837/GM/MS, de 2009.