



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

Avaliação de estados e municípios na execução do  
Projeto Vigisus II: limites e possibilidades

Sonia Maria Feitosa Brito

Salvador  
2008



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

Avaliação de estados e municípios na execução do Projeto Vigisus II: limites e possibilidades

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, área de Concentração: Epidemiologia em Serviços de Saúde do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

**Sônia Maria Feitosa Brito**

Área de Concentração: Epidemiologia em Serviços de Saúde  
Orientador: Dra. Gerluce Alves Pontes da Silva

Salvador  
2008

Ficha Catalográfica  
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

---

P328m Brito, Sônia Maria Feitosa.

Avaliação de estados e municípios na execução do Projeto Vigisus II: limites e possibilidades / Sônia Maria Feitosa. – Salvador: G. V. Paulino, 2008.

97 p.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Gerluce Alves Pontes da Silva.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Vigilância em Saúde Pública. 4. Política de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

---



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

^  
Sônia Maria Feitosa

### Avaliação de Estado e Municípios na Execução do Projeto Vigisus II: limites e possibilidades.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 03 de março de 2008

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Gerluce Alves Pontes da Silva /SVS/MS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Zulmira Maria de Araújo Hartz/ ENSP/FIOCRUZ

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Lígia Maria Vieira da Silva /ISC/UFBA

Salvador  
2008

## DEDICATÓRIA

A todos os trabalhadores que, como eu, acreditam na construção de um sistema de saúde digno e solidário.

## APRESENTAÇÃO

Este ano (2008), o Sistema Único de Saúde - SUS, síntese da Reforma Sanitária, completa 20 anos com muitas conquistas e muitos desafios a enfrentar. Nesse período, muitos intelectuais, ao ocuparem cargos e funções estratégicas na esfera estatal, puderam viabilizar grandes transformações, muitas delas embasadas em reflexões teóricas brotadas em núcleos acadêmicos. Como consequência da interação academia-Estado, muitos pressupostos foram ratificados, alguns ajustados, outros recusados e outros inventados.

O deslocamento de intelectuais para os três níveis do SUS o revestiu de uma academicidade que se tornou mais concreta com a implantação de dispositivos como o mestrado profissional, uma possibilidade de pós-graduação para aqueles que, como eu, preferiram não se afastar do cotidiano laboral.

A produção do conhecimento no próprio ambiente de trabalho, por um lado, reforça a sutura entre teoria e prática, desde a modelagem do objeto de investigação, mas, por outro, suscita alguns problemas, como a dificuldade, muitas vezes percebida, em se distanciar dos pressupostos da particularidade da vida cotidiana, incluindo valores e atitudes pouco reflexivas.

Para assinalar o final desse momento de aprendizagem, torno público o produto, formalmente denominado de dissertação de mestrado, Avaliação de estados e municípios na execução do Projeto Vigisus II: limites e possibilidades.

A autoria, no que se refere aos acertos, deve ser compartilhada, assim como em todo processo de trabalho intelectual, sob a forma de agradecimentos, com muitas pessoas que circundaram em maior ou menor grau o “ciclo de vida” deste projeto, consubstanciado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

Os agradecimentos, aqui sublinhados, são dirigidos a pessoas especiais que desempenharam papel importante no processo de trabalho, seja ajudando a construir ou des-construir, com clareza e precisão, o objeto de trabalho; seja na fase de utilização do desenho e das técnicas; seja na formatação final do produto ou, ainda, cuidando do agente de trabalho, inclusive, realizando as tarefas ocupacionais que seriam da competência dele.

Nessa perspectiva, sou sempre grata:

A Jarbas Barbosa, gestor da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, do Ministério da Saúde (2003-2006), pelo aprendizado durante a convivência cotidiana e pelo incentivo no sentido de que participasse do processo de seleção para o curso do mestrado profissional.

A Fabiano Pimenta, gestor da SVS (2006-2007), pelos estímulos encorajadores durante a realização do referido curso.

A Gerson Penna, gestor da SVS (desde abril de 2007), com quem compartilho os desafios do cotidiano do trabalho, incentivador dos meus esforços e, especialmente, pelo afeto.

A Regina Fernandes pela materialização da estratégia almejada e planejada da rede de formação em vigilância em saúde.

À amiga Regina Coeli, pelo afeto e apoio incondicional em todas as etapas deste trabalho, incluindo estratégias e tecnologias para “organizar idéias”, redação e revisão do texto.

Aos entrevistados, responsáveis técnicos pelo Projeto VIGISUS na Secretaria de Saúde do Estado e do Município estudados e dirigentes da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, que disponibilizaram parte de seu precioso tempo.

Aos colegas do curso, pela convivência amigável e enriquecedora do ponto de vista intelectual, incluindo a disponibilização de estratégias facilitadoras para que nos pudessemos compreender melhor a teoria e o objeto epidemiológico.

À minha orientadora, Gerluce, pelo apoio atencioso, crítico e rigoroso durante toda a tecibilidade do objeto até a sua transformação em produto.

Aos membros da Banca de Qualificação do projeto, Lígia Vieira, professora do ICS/UFBA, e Sônia Chaves, professora da UFBA, pelas críticas e sugestões, apresentadas em tempo, que serviram para um enquadramento mais eficiente do processo de trabalho, eliminando excessos do objeto e adequando melhor os meios e instrumentos de trabalho.

À Regina Nascimento, Marlene Carvalho e Ana Suassuna, pela indispensável contribuição, especialmente, durante a fase de recorte do objeto de trabalho.

À equipe dos profissionais da CGPLO, da SVS/MS, Cecília, Luciana, Claudinha, Ângela, Marta, Juliana, Tânia, Aide, Geraldo, Andressa e Beth, pelo estímulo, pela compreensão sobre as ausências no trabalho e pela solidariedade para solução dos problemas e remoção de empecilhos na cotidianidade.

Aos amigos-do-coração, Danusa, Nena, Margarida, Sandra, Ana Bernarda e Djalma, pelo elenco de virtudes amor, compaixão, polidez, generosidade, temperança, prudência, bom-humor, disponibilizadas, compartilhadas, durante a vida, especialmente, no período de desenvolvimento deste projeto.

À minha mãe, Inês, guardiã da fortaleza e hospitalidade sertanejas, de onde procedo, pelo incentivo na conquista de novos conhecimentos.

À memória de meu pai, Josias, pelo amor, carinho, cuidado e pela generosidade que tinha com tudo e com todos.

Ao meu irmão Renaldi e às minhas irmãs, Tílinha, Leninha, Laida, Sandra, Suzi e Simone, pelo apoio, cuidado e carinho, sempre disponibilizados, especialmente, nos momentos alegres e durante as turbulências.

Finalmente, à Júlia, Camila, Evandrinho, Mateus, Filipe, Pedro, Francisco e Milena, pelo imenso prazer de tê-los como sobrinhos queridos.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CID** – Código Internacional de Doenças
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- CONASS** - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CRIE** - Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
- DANT** - Doenças e agravos não transmissíveis
- DO** - Declaração de óbito
- ESF** - Equipe de saúde da família
- ENC** – Entrevistado de nível central
- ESES** – Entrevistado da Secretaria Estadual de Saúde
- ESMS** – Entrevistado da Secretaria Municipal de Saúde
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NOB-SUS** – Norma Operacional do SUS
- PAP-VS** – Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde
- PCCS** – Plano de Cargos, Carreiras e Salário
- PLANVIGI** – Plano de Vigilância em Saúde
- PPA** – Plano Plurianual
- PPI-VS** – Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde
- RH** – Recurso humano
- SES** – Secretaria de Estado da Saúde
- SIH** – Sistema de Informações Hospitalares
- SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SINASC** – Sistema de Informações de Nascidos Vivos
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SISAGUA** – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água
- SNVS** – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
- SPIV** – Sistema de Planejamento e Informações do Vigisus
- SVS** – Secretaria de Vigilância em Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TFECD** – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
- TFVS** – Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- VAS** – Vigilância Ambiental em Saúde
- VS** – Vigilância em Saúde

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Modelo Lógico – Plano de Vigilância em Saúde - Planvigi	32
Quadro 1 – Caracterização do Planvigi da Secretaria Estadual de Saúde A	36
Quadro 2 – Caracterização do Planvigi da Secretaria Municipal de Saúde B	40
Quadro 3 – Número de atividades realizadas em relação às programadas de acordo com a linha de ação, Planvigi SES A, período 2005 - 2007	45
Quadro 4 – Número de atividades realizadas em relação às programadas de acordo com a linha de ação, Planvigi SMS B, período 2005 - 2007	46
Quadro 5 – Situação de alcance dos indicadores do Planvigi, segundo a linha de ação, SES A, ano 2 do Projeto	50
Quadro 6 – Situação de alcance dos indicadores do Planvigi, segundo a linha de ação, SMS B, ano 2 do Projeto	51

## RESUMO

O presente trabalho se constitui numa análise exploratória do Projeto de Modernização do Sistema de Vigilância em Saúde, Vigisus II, em estados e municípios, situando-se no marco teórico de um estudo de avaliabilidade.

No contexto do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, a área de Vigilância em Saúde enfrenta grandes desafios à sua consolidação, decorrentes, principalmente: da dificuldade de se estabelecer, com precisão, as atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo; da estruturação adequada do sistema de vigilância; e da dotação de pessoal capaz de responder com qualidade e oportunamente às demandas.

Como uma das estratégias adotadas para o enfrentamento dessa situação, o Ministério da Saúde formulou o Projeto Vigisus, objeto de Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, cujo objetivo geral é o de consolidar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

O estudo buscou fornecer elementos que evidenciem o grau de racionalidade do componente do Projeto voltado aos estados e municípios, por meio da elaboração do modelo teórico-lógico da intervenção adotada, da análise da proposta de avaliação do Projeto; e da identificação de áreas problemáticas para sua efetividade.

A metodologia baseou-se na análise de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, em entrevistas com atores selecionados dos níveis central e local, a partir do seu conhecimento sobre o objeto estudado, e na revisão da literatura sobre avaliação de programas/intervenções na área social. As considerações finais produzidas pelo estudo são resultados de achados obtidos pela triangulação das informações coletadas.

O reconhecimento da avaliação é ressaltado por todos os entrevistados, técnicos e dirigentes da área de Vigilância em Saúde. Contudo, fica evidenciada a necessidade de se buscar estratégias para seu aperfeiçoamento, incluindo a adequação dos indicadores utilizados para aferir o desempenho dos beneficiários do Projeto.

**Palavras-chaves:** Vigilância em Saúde; Projeto Vigisus; Avaliabilidade.

## ABSTRACT

This paper is an exploratory analysis about the Modernization of the Health Surveillance System, Vigisus II in states and cities, based on evaluability theoretical framework.

During the process of decentralization of the actions and health services, the area of Health Surveillance faces big challenges to their consolidation, decurrent, mainly: difficulty to establish, with precision, the functions and responsibilities of each government sphere; adequate structuring of the surveillance system and capable personnel to respond with quality and timely.

As one of the strategies adopted for the confrontation of this situation, the Ministry of Health formulated the Project Vigisus, object of Agreement of Loan with the World Bank, which the aim was to consolidate the National Health Surveillance System.

The study tried to provide elements that show the degree of rationality of the component of the Project returned to the states and municipalities based on the theoretical-logical model of the adopted intervention, analysis of the proposal of appraisal of the Project and identifying area with problems on effectiveness.

The methodology was based documentary analysis produced by the Ministry of Health in interviews with selected actors of the central and local levels from their knowledge of the studied object and literature review on appraisal of programs/interventions in the social area. The final considerations produced by this study are results of the findings obtained through the triangulation of the collected data.

The recognition of this evaluation is emphasized by all the interviewees, technicians and leaders of the area of Health Surveillance. However, it remains the need to look for strategies for their improvement, including the adaptation of the indicators used to gauge the performance of the beneficiaries of the Project.

**Key words:** Health Surveillance; Project Vigisus; Evaluability.

## SUMÁRIO

1. Introdução	15
2. Objetivos	20
2.1. Objetivo geral	20
2.2. Objetivos específicos	20
3. Metodologia	21
3.1. Referencial teórico	21
3.2. Descrição do estudo	24
3.3. Plano de análise	26
4 Resultados e Discussões	28
4.1. Modelo lógico da intervenção – o Planvigi	28
4.2. Caracterização dos Planos de Vigilância em Saúde (Planvigi) dos casos estudados	33
4.2.1. Planvigi da Secretaria de Estado da Saúde A	34
4.2.2. Planvigi da Secretaria Municipal de Saúde B	38
4.3. Os Planvigi estudados: sua lógica, implementação e percepção dos atores envolvidos	42
4.4. Sistemática de avaliação de estados e municípios	47
4.4.1. Desenho da proposta de avaliação	47
4.4.2. Situação dos indicadores de desempenho dos casos estudados	49
4.4.3. Análise da adequação da proposta de avaliação	51
4.4.3.1. Finalidade e foco da avaliação	51
4.4.3.2. Adequação dos indicadores propostos	54
5 Considerações Finais e Recomendações	62
6 Referências Bibliográficas	66
7 Apêndice	70
A) Roteiros das entrevistas	71
B) Matriz de análise - Beneficiários	73
C) Matriz de análise – Dirigentes da SVS	79

8 Anexos	85
A) Instrumentos com compromissos éticos	86
B) Ponderação de Indicadores para Avaliação de Desempenho	89

## 1. Introdução

A Constituição Brasileira de 1988 consolidou princípios resultantes de uma intensa luta ideológica travada nas décadas anteriores em torno da saúde e da seguridade social. Ao inscrever os princípios doutrinários de universalização, equidade e integralidade de atenção à saúde, juntamente com os princípios organizativos de regionalização/hierarquização, descentralização com comando único e participação popular, determinou mudanças importantes no contexto de prestação de serviços e promoção à saúde no país (Brasil, 1988).

Promover universalização, equidade e integralidade, tanto das ações assistenciais, como de promoção da saúde, ao mesmo tempo em que se efetuava o processo de descentralização, era um complexo desafio que se impunha, numa conjuntura política e econômica, nacional e internacional, que não favorecia a implantação de programas sociais de caráter universal.

A área assistencial adequou-se rapidamente para viabilizar o processo de descentralização. No entanto, as ações de saúde coletiva, preponderantemente a execução das ações de controle das doenças transmitidas por vetores, continuaram sob responsabilidade do Governo Federal, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Pimenta Junior, 2005).

Nesse contexto, além da descentralização, estava posto para a área de vigilância outro desafio, ou seja, empreender esforços para ampliar seu escopo de intervenção da vigilância das doenças transmissíveis, tradicionalmente referida como Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, com a adoção da Vigilância em Saúde, denominação que passa a simbolizar uma nova abordagem, ao incluir, a vigilância de doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde, o que se reflete na gestão e nas práticas dos serviços (Silva Junior, 2004).

Apesar do atraso na conformação do modelo de gestão adequado à legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao novo conceito de vigilância, não havia dúvidas de que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal –

possuíam responsabilidades com o mesmo grau de importância para o funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS). A descentralização da Vigilância em Saúde, com cada uma dessas esferas desempenhando suas atribuições, é um dos pressupostos que cria condições para que as ações ocorram com qualidade, agilidade e eficiência (Brasil, 2003).

O marco para a efetiva inclusão da área de epidemiologia e controle de doenças na agenda dos gestores do sistema de saúde foi o estabelecimento, na Norma Operacional Básica de 1996 - NOB SUS 01/96, do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD. Sua regulamentação, contudo, só ocorreu em 1999, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.399, definindo as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças e estabelecendo a sistemática de financiamento fundo a fundo (Brasil, 1999).

Em 2003, visando o aprimoramento da descentralização das ações de vigilância em saúde essa Portaria foi revisada pelo Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde, constituído para discutir e aprofundar as questões relativas à área com vistas a pactuações nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em junho de 2004, foi publicada a Portaria GM/MS nº. 1.172 (Brasil, 2004a), introduzindo:

- mudança da denominação de “Epidemiologia e Controle de Doenças” para “Sistema de Vigilância em Saúde”, compatibilizando com as definições conceituais da área;
- agregação das ações básicas de Vigilância Sanitária na Programação Pactuada e Integrada da Área de Vigilância em Saúde (PPI/VS);
- nova estratificação para efeito da transferência dos recursos do agora chamado Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), com o estabelecimento de quatro estratos para o enquadramento dos estados. Dessa forma, foram reduzidas as desigualdades entre os estados e ampliados os recursos disponíveis.

Uma das particularidades da descentralização na área de vigilância em saúde reside na impossibilidade de um repasse completo das atribuições da União para as demais esferas de governo. Ações de vigilância envolvem aspectos que não podem deixar de se constituir em responsabilidade nacional (padronização e



normalização técnica, fornecimento de insumos estratégicos e simultaneidade de ações) (Silva Junior, 2004). O sucesso dessa descentralização exige, além de políticas nacionais, capacidade do governo local, estadual e municipal, para gerir as ações decorrentes e incorporar novos processos de trabalho na rotina os serviços (Silva, 2006). Assim sendo, cabe ao Ministério da Saúde coordenar os esforços no sentido do fortalecimento institucional das três esferas de governo e estimular parcerias com diferentes instituições e entidades da sociedade civil, para que o país possa estar preparado para atuar de forma efetiva e oportuna nas áreas de vigilância em saúde.

Para responder ao desafio de estruturar sistemas de vigilância em saúde adequados ao ambiente descentralizado assumido pelo Sistema Único de Saúde – SUS e ao processo cada vez mais complexo do perfil epidemiológico no país, foi formulado o Projeto Vigisus. Objetivava, mediante um esforço concentrado das três esferas de governo, reforçar a infra-estrutura e a capacidade técnica, de forma a torná-las capazes de permitir ao SUS o desempenho de seu papel primordial, que é o de contribuir para melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 1998). Adotou-se no Projeto o escopo presente na definição da vigilância em saúde pública, que incorpora a vigilância de doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde (Silva Junior, 2004; Silva, 2006).

O Projeto Vigisus, objeto do Acordo de Empréstimo entre o Governo brasileiro e o Banco Mundial, foi aprovado no ano de 1998, no valor de 600 milhões de dólares, com duração inicialmente prevista para 8 anos e composto por três fases de 200 milhões de dólares. A 1ª Fase (Vigisus I), iniciada em fevereiro de 1999 e concluída em junho de 2004, teve como foco central a Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. A 2ª Fase (Vigisus II), iniciada em dezembro de 2004 e com previsão de conclusão em dezembro de 2008, podendo ser prorrogada, está voltada para a Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Brasil, 2003).

Na segunda fase, o projeto possui três componentes: Componente I - Vigilância em Saúde, com os subcomponentes - I) Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis; II) Vigilância Ambiental em Saúde; III) Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis; e IV)

Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios; Componente II - Saúde Indígena, desdobrado, em Desenvolvimento Institucional, Iniciativas Inovadoras, Saneamento Ambiental em Comunidades remanescentes de Quilombos; Componente III: Administração do Projeto.

O Vigisus II partiu da premissa de que, embora estados e municípios estejam assumindo suas novas competências na área de vigilância em saúde, em ritmo acelerado, ainda apresentam insuficiência em diversos aspectos, em especial no âmbito de infra-estrutura. De forma geral, a área de vigilância das doenças transmissíveis está relativamente bem estruturada, mesmo porque sua atuação já está historicamente estabelecida. Contudo, nos novos campos da vigilância em saúde – vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e vigilância ambiental – as fragilidades são evidentes. Faltam espaço físico, estruturação adequada das ações de vigilância, dados consistentes, análise e disseminação da informação, formulação de recomendações e a adoção de medidas de prevenção e controle de doenças/agravos, ou para promoção da saúde, adaptadas à situação local. Mas as mais graves, comuns a todas as áreas da vigilância em saúde, são a deficiência de recursos humanos, tanto quantitativa como qualitativamente, a baixa capacidade das equipes para articular e/ou propor ações inovadoras de vigilância, e a precariedade dos mecanismos e instrumentos de gestão, como referido em estudos sobre o tema. (Brasil, 2003; Silva, 2006).

Para intervir nessas fragilidades, por meio do aporte de recursos financeiros, transferidos diretamente de forma ágil e regular, e de assessoria e apoio técnico, foi formulado o Sub-componente IV- Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios do Projeto Vigisus II.

O planejamento, o monitoramento e a avaliação da execução das ações e atividades são etapas consideradas estratégicas para o sucesso do Projeto. A avaliação de desempenho dos beneficiários<sup>1</sup> na execução das ações programadas é uma das obrigações integrantes do Acordo de Empréstimo. Em função do

---

<sup>1</sup> Os beneficiários desse sub-componente foram todas as 26 Unidades Federadas, o Distrito Federal, as capitais e 405 municípios, denominados “*municípios elegíveis*”, pertencentes às Regiões Metropolitanas das capitais ou com população acima de 100.000 habitantes. Ser certificado para a gestão das ações de Vigilância em Saúde era requisito para esses beneficiários efetivamente poderem aderir ao Projeto. Cabe destacar que, dos 405 municípios elegíveis, 144 foram financiados com recurso do Banco Mundial e 212 com recursos do orçamento próprio da SVS/MS (Brasil, 2004b).

desempenho, está prevista a aprovação de mais recursos financeiros para aqueles que alcançarem uma determinada posição e restrições para os que se encontram em outras situações (Brasil, 2004b).

O sucesso da avaliação de desempenho compromissada está diretamente vinculado à sistemática adotada e sua adequação ao objeto tratado, o Plano de Vigilância em Saúde (Planvigi)<sup>2</sup>. Depende de indicadores sensíveis para mensurar a execução das atividades programadas nos Planos, da qualidade da informação sobre esses indicadores, sua confiabilidade e oportunidade. Enfim, a sistemática concebida coloca os limites e possibilidades desse processo.

Refletir sobre a possibilidade da realização da avaliação do desempenho dos estados e municípios em relação às intervenções previstas nos Planvigi e sobre a sistemática de avaliação proposta é o desafio que este trabalho se propõe a enfrentar. Busca apontar como o Subcomponente IV do Projeto Vigisus II foi formulado, em que medida encontra-se implantado, e, por fim, se a proposta de avaliação desenhada é adequada e permitirá, de forma efetiva, a incorporação dos seus resultados para aprimorar o Projeto, e não ser tratada apenas como uma etapa burocrática a ser cumprida por exigências do Acordo de Empréstimo.

A importância do estudo situa-se na contribuição que dará para o aperfeiçoamento do processo no âmbito do Projeto Vigisus II e para a consolidação de práticas de avaliação de desempenho, pautadas em resultados, no âmbito do SUS.

---

<sup>2</sup> Os planos foram elaborados pelos estados e municípios, e, posteriormente, analisados pela equipe técnica da SVS, com base em normatização estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/MS, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada no Acordo de Empréstimo (Brasil, 2004b).

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo geral**

Aferir a avaliabilidade do Projeto de Modernização do Sistema de Vigilância em Saúde (Projeto Vigisus II) em estado e município selecionados.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Elaborar modelo teórico-lógico da Intervenção adotada pelo projeto Vigisus II em estado e município selecionados;
- analisar a proposta de avaliação do Projeto face aos objetivos propostos; e,
- identificar áreas problemas e iniciativas promissoras para avaliação.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1- Referencial teórico

As expectativas de atendimento à saúde da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar e racionalizar os gastos públicos, de outro, dão a sensação de que o sistema não corresponde às necessidades e que tem sua viabilidade comprometida.

Para Vieira-da-Silva & Formigli (1994), as relações entre as práticas e necessidades de saúde podem ser apreendidas a partir de dois aspectos principais. O primeiro deles consiste na busca de seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades concretas. O segundo aspecto diz respeito à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de determinada população, ou seja, refere-se à discussão sobre suas características e seus efeitos. Nesta última perspectiva, a importância da avaliação ganha relevância, por estar associada à possibilidade e necessidade de intervenções capazes de modificar ou aperfeiçoar ações ou estratégias definidas para o enfrentamento de determinada situação.

Intervenção, aqui, é entendida como conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros), organizado em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (Contandriopoulos *et al*, 1997).

No Brasil, vêm crescendo as iniciativas de se institucionalizar a avaliação em saúde, na perspectiva de conferir racionalidade às intervenções setoriais. Nesse sentido, Vieira -da- Silva (2005), em revisão do “estado da arte” sobre esse tema, ressalta a polissemia conceitual e a diversidade de abordagens existentes para avaliação, na bibliografia especializada, refletindo o estágio incipiente de desenvolvimento da avaliação, enquanto disciplina científica, e a natureza e abrangência do campo da avaliação, que comporta uma multiplicidade de possibilidades de recorte do real.

Dentre os diversos significados do termo avaliação, este trabalho adotou aquele trabalhado por Contandriopoulos *et al* (1997) que relaciona a avaliação a um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão.

Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção de abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões. A seleção de características ou atributos das intervenções (projetos, tecnologias, práticas, serviços, programas, sistema de saúde) contribui para o aprofundamento no processo de definição de foco da avaliação (Vieira-da-Silva, 2005).

Para além do debate ideológico, avaliação de sistemas, serviços ou programas de saúde é desejável, podendo-se constituir em um poderoso instrumento de monitoramento das políticas públicas (Viacava *et al*, 2004). A questão que se coloca é como montar um sistema de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças que possibilitem conseguir melhores resultados. Apesar da polissemia conceitual (Paim & Vieira-da-Silva, 2006), desempenho, em geral, se refere ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde. Logo, a construção metodológica da avaliação de desempenho dependerá da clareza sobre os princípios, objetivos e metas do que se quer avaliar (Viacava *et al*, 2004).

Segundo Costa & Castanhar (2003), o grande desafio para a disseminação da prática de avaliação de projetos no setor público é, sem dúvida, encontrar formas práticas de mensurar o desempenho e fornecer informações úteis para avaliação dos efeitos de tais programas, necessidades de correção ou, mesmo, inviabilidade do mesmo. Para esses autores, a avaliação de desempenho requer que se definam padrões de referência para julgar esse desempenho, que podem ser: absolutos, as metas estabelecidas são consideradas como o padrão a ser alcançado; históricos, comparam resultados de um período com o obtido em períodos anteriores; normativos, comparam o desempenho de um programa com outro similar; negociados ou de compromissos, aqueles que se baseiam em algum procedimento específico para sua fixação, decorrente de acordo entre as partes envolvidas. Uma

metodologia de avaliação envolve, então, um conjunto de critérios e o uso de um elenco de indicadores (ou outras formas de mensuração) consistentes com os critérios escolhidos e que permitam efetuar um julgamento continuado e eficaz, mediante o confronto com os padrões de desempenho anteriormente estabelecidos.

Indicadores de desempenho são, aqui, entendidos enquanto medida de fatores de produção, processos, produto, resultado e impactos relacionados com o projeto ou estratégias de desenvolvimento (Banco Mundial, 2004). No contexto da avaliação de programas de saúde<sup>3</sup>, além de representarem medidas de impacto, precisam considerar a mensuração da adequação de infra-estrutura dos serviços e da efetividade dos processos (Medina *et al.*, 2005).

É importante, também, explicitar que, para este trabalho, considera-se monitoramento como a contínua supervisão da implementação de uma intervenção, com o objetivo de assegurar de que ela esteja ocorrendo da forma em que foi planejada (Waldman, 1998). E, que adotamos a distinção entre monitoramento e avaliação pontual, de Vieira-da-Silva (2005), para a qual o monitoramento corresponderia ao acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços enquanto que a avaliação pontual refere-se ao julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto.

Os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação, influenciando positivamente a tomada de decisão. Dessa forma pode-se, também, inferir que o grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias será tanto maior quanto sua credibilidade, fundamentação teórica e pertinência (Contandriopoulos, 2006). Por “Pertinência”, entende-se a capacidade de uma avaliação fornecer respostas aos problemas com que se confrontaram as instâncias decisórias, corresponde à solidez da relação lógica entre os problemas a serem resolvidos e os objetivos da intervenção. “Fundamentação Teórica” é a capacidade de explicar teoricamente que a avaliação tem o potencial de contribuir para melhorar a tomada de decisão. “Credibilidade”: valor científico atribuído pelas instâncias de decisão à avaliação em si mesma. Tratam, portanto, segundo Contandriopoulos, das relações

---

<sup>3</sup> Entendendo-se aqui programa como qualquer intervenção estruturada em saúde pública.

dentro de um determinado contexto, entre a avaliação, os diferentes sujeitos envolvidos (suas características e motivações, sua visão de mundo e seus recursos) e os problemas a serem solucionados.

Finalmente, apesar do consenso entre os estudiosos de que toda intervenção deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas que ofereçam subsídios aos responsáveis pelas decisões, na perspectiva do aperfeiçoamento das suas práticas, são necessários esforços no sentido de ampliar o seu uso no cotidiano dos serviços. Trata-se, aqui, da institucionalização da avaliação (Felisberto, 2006), da sua incorporação na rotina das instituições.

Portanto, investir na adoção da avaliação enquanto prática cotidiana dos serviços de saúde parece ser um passo fundamental para que se garanta maior competência na gestão e na execução das políticas e programas de saúde (Tanaka & Melo, 2004). No entanto, torna-se necessário que princípios e padrões de qualidade orientem as avaliações, da concepção a sua realização, no intuito delas serem capazes de produzir informações e julgamentos confiáveis (Hartz, 2006).

### **3.2. Descrição do estudo**

Esta dissertação se constitui em uma análise exploratória, no âmbito do referencial de um estudo de avaliabilidade (Leviton *et al*, 1998; Thurston & Potvin, 2003), do Sub-componente IV, do Componente de Vigilância em Saúde, do Projeto Vigisus II – Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios. Buscou-se fornecer elementos que evidenciem o grau de racionalidade do Projeto e sua realidade, demonstrando:

- se seus objetivos estão claramente formulados;
- se os atores envolvidos compartilham de seus objetivos, metas e estratégias de implementação;
- se há um nexo relacional entre problemas, objetivos, atividades, recursos e metas;
- identificar áreas problemas e promissoras para avaliação;



- se dispõem de dados consistentes, oportunos para subsidiar o monitoramento e a avaliação de sua implementação;
- se a sistemática estabelecida para avaliação de sua efetividade contempla suas características;
- se os gestores estão dispostos e aptos para usar as informações geradas pela avaliação do Projeto no sentido de seu aperfeiçoamento.

No âmbito local, foram estudados dois casos, uma unidade federada (Secretaria Estadual A) e um município de capital (Secretaria Municipal B)<sup>4</sup>. Identificaram-se os casos selecionados junto a informantes-chave da Coordenação Nacional do Projeto, por atenderem os seguintes critérios:

- volume de recursos financeiros repassados; e,
- permanência do responsável técnico pelo Projeto, desde a elaboração do Planvigi até o momento da aplicação do instrumento. Dessa forma, pretendeu-se ter, como entrevistados, sujeitos que efetivamente participaram de todo o processo, que detêm o conhecimento tanto da sua proposta quanto do acompanhamento da sua execução, o que lhe confere capacidade para analisar a prática, os limites e as potencialidades do Projeto e de sua sistemática de avaliação.

O estado escolhido para estudo participou ativamente do processo de elaboração do Projeto Vigisus e adotou uma estratégia bem estruturada para apoiar os municípios da sua área de abrangência na formulação de seus planos de vigilância.

O município escolhido, com mais de 2 milhões de habitantes, possui importância significativa tanto pela sua representação populacional, quanto pela complexidade de seu perfil epidemiológico e pelo nível de organização do sistema de saúde local: em torno de 140 unidades básicas de saúde; rede hospitalar sob

---

<sup>4</sup> Optou-se por não se referir, por razão dos compromissos éticos assumidos com os informantes-chaves, os nomes do estado e municípios selecionados como casos e os dados de identificação foram apresentados de forma aproximada.

gestão municipal; área de vigilância estruturada: gerência de epidemiologia e informação, controle de zoonoses, vigilância sanitária, saúde do trabalhador, coordenação de imunização e núcleo de vigilância ambiental e atividades de monitoramento incorporada ao seu processo de trabalho.

No âmbito da Coordenação Nacional do Projeto, entrevistaram-se os cinco principais dirigentes da Secretaria de Vigilância em Saúde. Todos estiveram envolvidos na formulação do Projeto e permanecem, atualmente, como responsáveis pela gerência da linha de ação do Planvigi relacionada com sua área de direção.

Para a coleta de dados, foram utilizadas as seguintes técnicas:

- análise documental, com a consulta e análise dos seguintes documentos: documento base do Projeto Vigisus II; documento relativo ao Subcomponente IV do Componente de Vigilância em Saúde; Planos de Vigilância em Saúde dos casos selecionados; relatórios gerados pelo Sistema de Planejamento e Informação do Projeto Vigisus II (SPIV) e pelo monitoramento da PPI/PAP-VS e do Planvigi;
- entrevistas com os atores selecionados, a partir de dois roteiros prévios, um voltado para o estado e o município escolhidos e outro destinado aos dirigentes da SVS (Apêndice A).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, por meio do Parecer nº 045-07/ CEP-ISC. São apresentados os instrumentos utilizados para selar os compromissos éticos entre os envolvidos na pesquisa no Anexo A.

### **3.3. Plano de análise**

As informações coletadas, tanto nos documentos analisados, como nas entrevistas, nortearam: a) a construção do modelo lógico dos Planvigi (Subcomponente IV, do Componente I, do Projeto Vigisus II); b) o exame do projeto em sua prática; c) a caracterização da sistemática da avaliação da atuação de estados e municípios em relação à execução do Planvigi; e d) a análise da

adequação da proposta de avaliação de estados e municípios. Vale ressaltar que essa proposta é aqui considerada como uma intervenção, com características específicas se comparada ao Projeto propriamente dito.

Conseqüentemente, trabalhou-se com dois níveis de análise: 1- o objeto avaliado (Planvigi); e 2 – a sistemática de avaliação do Planvigi. Para tanto, elaboraram-se duas matrizes de análise que estabelecem correlações entre os desdobramentos das perguntas centrais do estudo, os seus objetivos e as dimensões analisadas. As principais informações coletadas nas entrevistas foram sistematizadas e são apresentadas em duas matrizes distintas em função do âmbito de atuação dos entrevistados (Secretarias de Saúde e SVS), de forma a dar visibilidade às visões comuns e as diferenças entre os diversos atores (Apêndices B e C).

As conclusões estão baseadas na triangulação das informações nos diferentes momentos da análise.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Modelo lógico da intervenção

A viabilização da avaliação de um programa social exige a construção do modelo lógico que molde seus objetivos, ações e metas, contribuindo para verificar a consistência de seu planejamento e implementação. Ele representa um recorte que se faz da realidade (Medina *et al*, 2005).

A construção de um modelo lógico em um processo de aferição de avaliabilidade, tem o sentido de identificar a coerência do programa, ou seja, as pressuposições assumidas por um processo de avaliação (se a natureza e a distribuição dos problemas e assuntos são conhecidas; os alvos do programa estão identificados; e, se a intervenção foi descrita em um modelo de impacto, que se constitui em uma declaração sobre as relações esperadas entre o programa ou conjunto de intervenções e seus objetivos e metas) e se essas são compartilhadas pelos interessados na avaliação (Thurston & Potvin, 2003).

O Sub-componente IV - Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios do Projeto Vigisus II foi formulado com os seguintes objetivos específicos (Brasil, 2004b):

- apoiar as estruturas de vigilância em saúde das secretarias com vistas ao aprimoramento da capacidade de coordenação do SNVS em cada unidade federada;
- ampliar a capacidade técnico-operacional de estados e municípios com o propósito de fortalecer o processo de decisão-ação e de desenvolvimento das atividades, de rotina e especiais, de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis;
- melhorar a qualidade e ampliar o escopo das atividades de vigilância ambiental em saúde desenvolvida nos níveis estadual e local;
- implementar sistemas estaduais e locais de monitoramento de doenças e agravos não transmissíveis e ampliar a capacidade de realização de análise de situação de saúde com vistas a aprimorar a programação e a escolha das

intervenções prioritárias, de acordo com os problemas de saúde regionais e locais;

- implementar a qualidade dos sistemas de informação no âmbito dos estados e municípios.

Em função do limite de recursos disponíveis e objetivando propiciar um maior impacto epidemiológico das intervenções, o investimento dos recursos financeiros concentrou-se no enfrentamento de problemas de saúde definidos como prioritários. Para tanto, orientações para elaboração dos Planos de Vigilância em Saúde (Planvigi) foram consensualmente definidas, em reuniões dos dirigentes da SVS/MS com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e dos Dirigentes das Vigilâncias das Secretarias Estaduais e das Capitais. A Secretaria de Vigilância em Saúde estabeleceu regras nacionais para a elaboração e execução dos Planos de Vigilância em Saúde de estados e municípios (Brasil, 2004c).

A SVS adotou, para os Planos de Vigilância em Saúde (Planvigi), um desenho modular e progressivo no estabelecimento das operações, orientado pelas linhas de trabalho e imagens-objetivo definidas, articuladas com a política de saúde do estado e do município. Era necessária a explicitação, no Plano, de aspectos relacionados à gestão, ao modelo organizacional do sistema local de vigilância em saúde e ao financiamento. Todos os Planvigi seguiram um mesmo modelo lógico, no entanto, com possibilidades de ajustes decorrentes das diferenças presentes no contexto político local, experiência acumulada e recursos existentes em cada Secretaria de Saúde. Na figura 1, apresenta-se o modelo lógico do Projeto, enquanto esquema visual, construído com base em análises documentais. Ele ressalta as diversas possibilidades disponíveis às secretarias para o fortalecimento da área de vigilância em saúde.

Quatro Linhas de Ação foram propostas, passíveis de serem desdobradas em atividades apoiadas com os recursos do Projeto. Foram elas: Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde; Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis; Vigilância Ambiental em Saúde; e, Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Coube a cada Secretaria Estadual e Municipal de Saúde a decisão

de elencar suas atividades prioritárias, respeitando duas restrições: os recursos não poderiam ser gastos com construções e ações relacionadas à assistência, nem com a aquisição de insumos estratégicos fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Estabeleceu-se, para cada linha de ação, a distribuição percentual do total de recursos financeiros destinado aos beneficiários. Para a Linha de Ação 1, deveriam estar destinados, no máximo, 20%; para a Linha 2, no mínimo 50%; para as Linhas 3 e 4, no mínimo 15% para cada uma. O montante total foi definido pela Comissão Intergestora Tripartite, com base em critérios populacionais, geográficos e político-administrativos. Da mesma forma, para cada Linha de Ação, definiu-se um conjunto de indicadores, visando o monitoramento e a avaliação de desempenho dos beneficiários, cuja análise será mais detalhada posteriormente.

A análise desse processo aponta aspectos que devem ser registrados:

1- Efetivamente, a SVS realizou expressivo esforço para envolver todos os atores, federais, estaduais e municipais, na discussão da construção do Projeto, com o objetivo de pactuar critérios e normas para a implementação do Planvigi. A experiência acumulada durante o Vigisus I subsidiou esse processo, ao apontar pontos de estrangulamentos que dificultaram a sua execução por parte de estados e municípios. Um dos importantes exemplos das mudanças adotadas foi a substituição da forma de transferência de recursos financeiros, que deixou de ser por convênio e passou a ser por repasse regular em função do cumprimento de requisitos acordados em um Termo de Adesão firmado entre o Ministério da Saúde e cada beneficiário.

2- A distribuição percentual dos recursos financeiros por linha de ação procurava garantir a modernização de uma área já estruturada – a vigilância epidemiológica e o controle de doenças transmissíveis – com, no mínimo, 50% do total, e a organização de duas novas áreas – doenças não transmissíveis e vigilância ambiental – com 15%, no mínimo, cada uma. Para o fortalecimento institucional, essencial para a ampliação da capacidade de gestão das secretarias de saúde, foi destinado, no máximo 20% dos recursos. Isso pode ser entendido como o reconhecimento da importância desse tema e, concomitantemente, das dificuldades de se definir medidas que efetivamente o impactem positivamente. Na prática, esses parâmetros

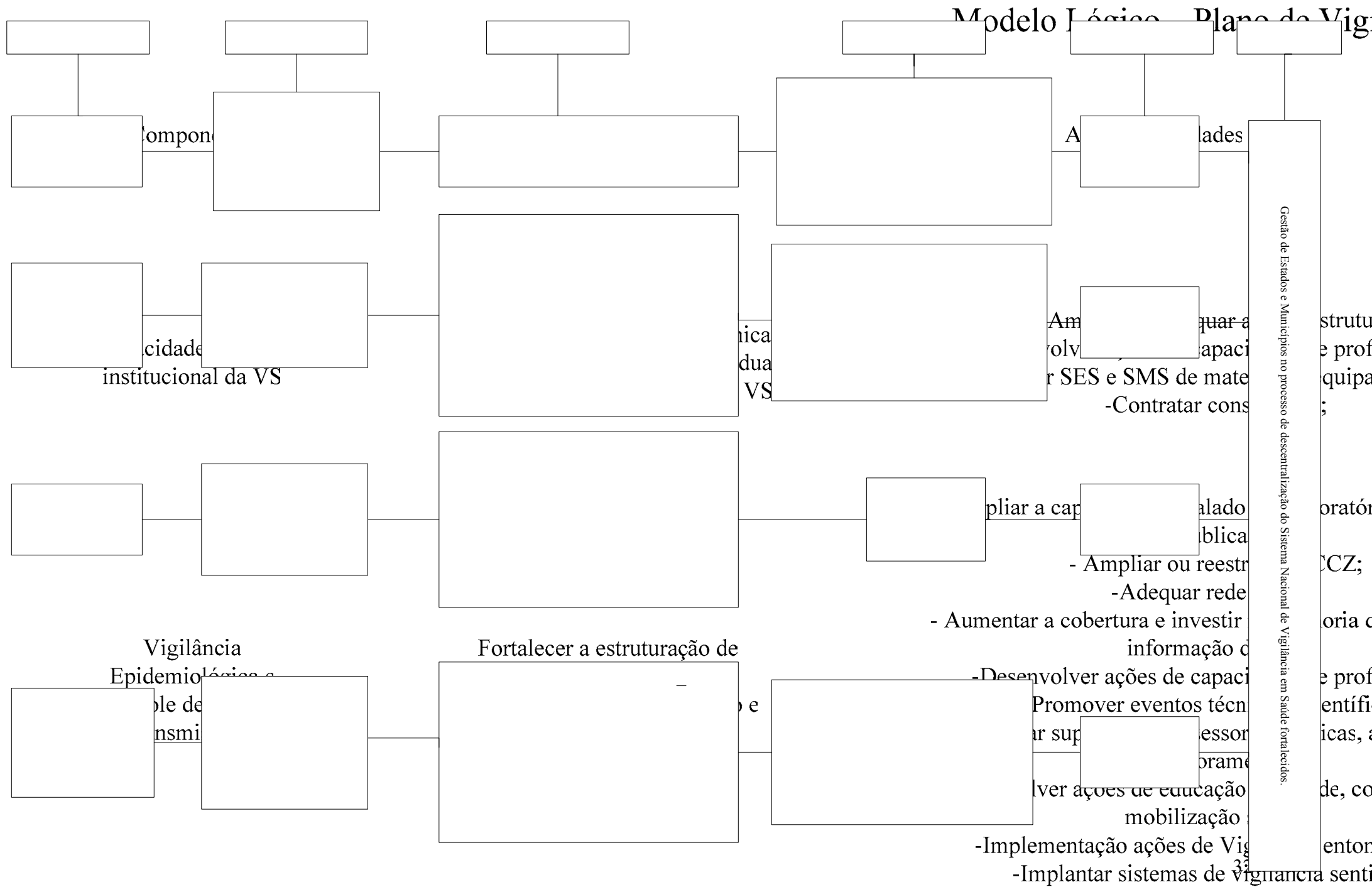
nacionais se mostraram inadequados diante das diversidades na organização e na capacidade de gestão dos beneficiários do Projeto. Por exemplo, alguns grandes municípios, com sua vigilância de doenças transmissíveis bem estruturada, precisariam de mais recursos para, principalmente, a vigilância ambiental.

3- O desenho adotado para o Projeto, combinado com o volume de recursos pouco expressivo para a maioria dos beneficiários, que tinha, ainda, de ser distribuído ao longo de 4 anos, nas categorias capital e custeio, gerou dificuldades específicas para a execução. Por exemplo, em alguns casos, a secretaria de saúde programou a aquisição de um veículo de grande porte, cujo valor para ser atingido exigia a soma de vários repasses de recursos. Ocorreu, também, a fragmentação das atividades ao longo do Projeto, já que a sua realização em um ou dois anos implicava em gastos maiores do que o repassado.

4- Se por um lado, foi possível a construção coletiva do desenho do Planvigi, por outro lado, as regras do Acordo de Empréstimo e as normas do Banco Mundial estabelecem limites rígidos para a sua execução. Até mesmo a autorização da utilização da Lei 8.666/2003, obtida para o Vigisus II, está condicionada a valores e à natureza dos processos licitatórios. Isso, sem dúvida, dificulta a tramitação desses processos, porque essas regras não estão inseridas na rotina dos serviços e são, freqüentemente, desconhecidas pelos profissionais.

5- O Sistema de Planejamento e Informações do Vigisus (SPIV) reflete esse conjunto de normas, exigindo uma série de informações que, freqüentemente, não estão disponíveis à equipe responsável pela entrada de dados. O grau de detalhamento do sistema e dificuldades em seu acesso têm sido obstáculos para o monitoramento e avaliação do Projeto.

Figura 1: Modelo Lógico – Plano de Vigilância em Saúde - PLANVIGI





## **4.2. Caracterização dos Planos de Vigilância em Saúde (Planvigi) dos casos estudados**

Os Planos de Vigilância em Saúde, apresentados pela Secretaria Estadual de Saúde A e Secretaria de Saúde Municipal B, atenderam as orientações do Ministério da Saúde quanto a sua estruturação. Contêm a caracterização sócio-demográfica e das condições de saúde; análise de situação de saúde, com dados de morbimortalidade e de nascidos vivos; descrição da organização do sistema local de vigilância em saúde; utilização dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS); descrição das estratégias para o monitoramento e avaliação da execução do Plano; registro da linha de base e da meta de cada indicador do Projeto; plano operativo com a programação das ações/atividades, constando a sua descrição, quantificação, cronograma e custo; detalhamento do plano de aquisições, com a relação dos insumos necessários, e da programação orçamentária.

Com o objetivo de conferir melhor visibilidade aos Planos estudados, optou-se por sistematizá-los demonstrando os problemas identificados, as ações programadas para neles intervirem e os indicadores pré-definidos para refletir os resultados alcançados (Quadros 1 e 2). Os insumos relacionados não foram incluídos porque havia uma relação pré-definida, comum a várias atividades, destacando-se os seguintes itens: locação de espaço físico e equipamentos para eventos, aquisição de equipamentos de informática e de softwares, aquisição de equipamentos e softwares de geoprocessamento, aquisição de equipamentos e softwares para laboratórios, aquisição de diversos equipamentos e mobiliário necessários à estruturação das diferentes áreas da vigilância em saúde; contratação de serviços para reforma e ampliação para adequação da área física destinada às ações de VS; contratação de serviços de terceiros, pessoa física e jurídica. Os planos operativos e de aquisições e, conseqüentemente, a programação orçamentária, estão organizados por linha de ação, como explicitado na matriz lógica.

#### **4.2.1. Planvigi da Secretaria de Estado da Saúde A**

As principais características do estado estudado, registradas em seu Plano de Vigilância em Saúde, foram:

- 80% de seus municípios possuem população até 20 mil habitantes;
- a taxa de fecundidade vem se reduzindo significativamente, atingindo, em 2002, 1,78 nascidos vivos por mulher em idade fértil (de 15 a 49 anos);
- a taxa de alfabetização, em 2000, era de 78,17;
- em 2000, 70% dos domicílios possuíam abastecimento de água canalizada em, pelo menos, um cômodo;
- em 2000, 68% dos domicílios possuíam rede de esgoto ou pluvial;
- a mortalidade geral vem tendo uma queda contínua, equivalente a 33%, nos últimos 20 anos;
- o segundo grupo de causas de mortalidade, no estado, é o de sintomas, sinais e afecções mal definidas. Conseqüentemente, o perfil da mortalidade, pouco preciso, dificulta o planejamento das ações de saúde;
- as doenças de notificação compulsória redutíveis por imunização tiveram suas incidências reduzidas, porém algumas persistem com incidências preocupantes, como o tétano acidental e a hepatite B;
- o sistema de vigilância apresenta uma estrutura central, apoiada por mais de 27 regionais, que permitem o desenvolvimento e o acompanhamento regular das ações em todo o estado, com destaque para a rede de laboratórios, de zoonozes e de imunização;

Com R\$ 5,1 milhão disponíveis para o Planvigi, a SES, conforme demonstrado no Quadro 1, priorizou 18 problemas a serem enfrentados, sendo 4 na Linha de Ação 1; 5 na Linha 2; 3 na Linha 3 e 6 na Linha 4. A maior parte desses problemas estão relacionados aos aspectos de infra-estrutura de funcionamento do Sistema de Vigilância em Saúde no estado. Conseqüentemente, dentre as atividades programadas, como intervenções, destacam-se: aquisição de equipamentos, adequações em áreas físicas e capacitações de recursos humanos.

A análise do Planvigi evidencia que a Secretaria optou por investir na mudança das práticas de vigilância vigentes no estado, o que é reforçado pela contratação de consultores para atuarem em pontos críticos do Sistema, como: capacidade de resposta rápida, cobertura vacinal, mobilização comunitária.

### Quadro 1 - Caracterização do Planvigi da Secretaria Estadual de Saúde A

Valor total = R\$ 5.157.015,00

<b>Linha de ação 1 – Fortalecimento da capacidade técnico-institucional – R\$ 764.600,00 (14,83%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Baixa capacidade de resposta aos eventos inusitados.	- Capacitação em investigação de surtos - Aquisição de veículos e equipamentos - Contratação de consultoria	- Plano Diretor de VS aprovado pela SVS  - PCCS para VS elaborado
Deficiência na qualificação de RH em VS	- Realização de especialização em epidemiologia	- Nº de agentes capacitados no novo modelo de VS  - Plano de Integração da Atenção Básica e VS elaborado
Elevado índice de óbitos por causas mal definidas	- Produção de vídeo para capacitar os médicos no preenchimento da DO	
Centralização do acesso aos sistemas de informação, dificultando o acompanhamento dos indicadores	- Aquisição de equipamentos de informática	
<b>Linha de ação 2 – Vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis – R\$ 2.797.068,00 (54,24%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Deficiência da rede de armazenamento e distribuição de insumos estratégicos.	- Reforma, ampliação e adequação da estrutura física - Aquisição de veículos - Aquisição de equipamentos.	- Percentual de casos notificados encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.  - Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.  - Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.  - Percentual de municípios com remessa regular do banco de dados do SINAN.  - Percentual de casos novos curados de tuberculose.
Deficiência da infra-estrutura da rede de laboratórios	- Reforma, ampliação e adequação da área física da rede de laboratório -Aquisição de equipamentos. -Ampliação da capacidade de diagnóstico - Aquisição de equipamentos de informática e de geoprocessamento.	
Deficiência do sistema de vigilância epidemiológica	- Capacitação de profissionais para VS - implantação de serviços de vigilância. em hepatites virais - Estruturação de 16 centros colaboradores de referência regionais para o controle da Hanseníase. - Implantação de serviços de unidades sentinela - Aquisição de equipamentos de informática e de mobiliário e materiais - Implantação de serviços de vigilância hospitalar - Realização de reuniões e seminários - Contratação de consultorias	
Falta de homogeneidade das coberturas vacinais	- Contratação de consultoria	
Deficiência das informações de TB no SINAN	- Capacitação de profissionais, incluindo as ESF - Aquisição de equipamentos e mobiliário	

<b>Linha de ação 3 – Vigilância Ambiental em Saúde – R\$ 773.552,00 (15,00%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Falta de qualificação técnica de profissionais das administrações regionais	- Capacitação dos profissionais	- Vigilância ambiental estruturada.
Falta de equipamentos nas administrações regionais	- Aquisição de equipamentos - Aquisição de veículos	
Baixa integração com outros órgãos	- Realização de seminários temáticos.	
<b>Linha de ação 4 – Análise de situação de saúde e implantação de sistemas de monitoramento das doenças e agravos não transmissíveis – R\$ 821.795,00 (15,94%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Altas taxas de mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis	- Realização de pesquisa epidemiológica - Avaliação do impacto de campanhas realizadas sobre tabagismo e fatores de risco para câncer de pulmão	- Percentual de cobertura do SIM  - Percentual de óbitos notificados por sinais, sintomas e afecções mal definidas.  - Sistema de Vigilância de DANT atuante no estado e na capital.  - Município da capital com vigilância de fatores de risco comportamental em escolares implantada.
Falta de equipamentos para registro de Doenças não transmissíveis	- Aquisição de equipamentos de informática	
Baixa cobertura das informações sobre Nascidos Vivos e Mortalidade	- Realização de reuniões e seminários para técnicos e ESF - Curso de codificação de causa Básica de Morte	
Insuficiência de ações de mobilização, comunicação e educação em saúde	- Contratação de consultoria - Capacitação de técnicos e ESF - Aquisição de equipamentos	
Ausência de profissionais capacitados em DANT e Geoprocessamento	- Realização de curso de especialização. - Capacitação de profissionais em geoprocessamento	
Ausência de banco de dados de fatores de risco	- Aquisição de equipamentos - Realização de inquérito	

#### **4.2.2. Planvigi da Secretaria Municipal de Saúde B**

O município estudado é a capital do estado, possuindo as seguintes características principais registradas no Plano de Vigilância em Saúde:

- população com mais de 2 milhões de habitantes;
- território municipal subdividido em Distritos Sanitários;
- rede assistencial composta de: 174 unidades ambulatoriais próprias, sendo 134 Centros de Saúde, com alta cobertura da população por equipes de saúde da família, 7 laboratórios, 24 unidades especializadas, 6 policlínicas, 6 unidades de emergência e 1 hospital municipal;
- VS estruturada, com a existência de 1 Gerência de Epidemiologia, Informação e Vigilâncias, que abrange as áreas de: epidemiologia e informação, controle de zoonoses, vigilância sanitária, saúde do trabalhador e imunização;
- ações de VS descentralizadas para os 9 Distritos Sanitários, realizadas de forma integrada, garantindo interface com a Atenção Básica e a Regulação.
- principais causas de mortalidade em 2003: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório;
- aumento de registro de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA), hepatite viral B e hanseníase, provavelmente em função da melhoria da vigilância e notificação dessas doenças;
- aumento de casos de leishmaniose visceral, apesar das ações de controle realizadas regularmente.

O total de recursos financeiros aprovados para o Planvigi da SMS B é de R\$ 1,6 milhão, que foram alocados para o enfrentamento de 16 problemas prioritários, sendo 1 na Linha de Ação 1; 5 na Linha 2; 4 na Linha 3; e 6 na Linha 4. Apesar de vários deles estarem relacionados à inadequação da estrutura física (instalações e equipamentos), observa-se que há uma focalização em aspectos referentes ao processo e à rotina de trabalho dos serviços. Questões, como capacidade gerencial, defasagem de conhecimento em áreas específicas, deficiências no monitoramento da qualidade da água, no manejo de softwares analíticos, entre outras, são realçadas e geram intervenção no âmbito do Plano.

Ao lado de atividades voltadas para suprir as deficiências de infra-estrutura (reformas e aquisição de equipamentos), constata-se ênfase em ações de capacitação de profissionais, produção de material educativo, promoção de oficinas e seminários, realização de diagnósticos e inquéritos.

## Quadro 2 – Caracterização do Planvigi da Secretaria Municipal de Saúde B

Valor total = R\$ 1.620.615,00

<b>Linha de ação 1 – Fortalecimento da capacidade técnico-institucional – R\$ 162.019,00 (10,00%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Defasagem de conhecimento gerencial para ações de VS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação Gerencial</li> <li>- Aquisição de mobiliário e equipamento de informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de agentes capacitados no novo modelo de VS.</li> <li>- Plano de Integração das atividades de atenção básica e VS aprovado.</li> </ul>
<b>Linha de ação 2 – Vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis – R\$ 873.326,00 (53,89%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Defasagem de conhecimento na área de entomologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação em entomologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentual de casos notificados encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.</li> <li>- Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.</li> <li>- Percentual de cobertura vacinal para tetravalente em menores de um ano.</li> <li>- Percentual de casos novos curados de tuberculose.</li> <li>- Remessa regular de banco de dados do SINAN.</li> </ul>
Deficiência na estrutura física e de equipamentos de laboratório, em especial na área de entomologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliação da capacidade instalada da área de Zoonoses.</li> <li>- Ampliação da capacidade instalada de laboratório.</li> <li>- Aquisição de equipamentos de informática e softwares.</li> <li>- Aquisição de veículo</li> </ul>	
Inadequação da rede de frio das UBS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aquisição de geladeiras para as UBS</li> </ul>	
Inadequação das instalações do Centro de Referência de Imunobiológicos (CRIE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforma da área física do CRIE</li> <li>- Aquisição de equipamentos de informática.</li> <li>- Capacitação de profissionais</li> <li>- Produção de material de divulgação</li> </ul>	
Deficiência na vigilância e controle de doenças	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estruturação e implantação de ações de vigilância e controle de doenças.</li> <li>- Capacitação de profissionais e das ESF.</li> <li>- Aquisição de equipamentos de informática</li> <li>- Elaboração de material educativo e de divulgação</li> <li>- Realização de reuniões e seminários</li> <li>- Desenvolvimento de programas de educação e mobilização social.</li> </ul>	



<b>Linha de ação 3 – Vigilância Ambiental em Saúde – R\$ 256.002,00 (15,80%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Irregularidade no monitoramento da água para o consumo humano	- Implantação do SISAGUA. - Aquisição de equipamentos e mobiliário.	- Vigilância Ambiental em Saúde estruturada.
Falta de controle das áreas sujeitas à poluição atmosférica industrial.	- Coleta e análise de poeira ocupacional e de ambientes de trabalho. - Realização de inquérito epidemiológico para monitorar a população exposta - Realização de seminários. - Elaboração de material educativo.	
Baixo conhecimento profissional na área de VAS	- Capacitação dos profissionais	
Insuficiência na infra-estrutura de equipamentos de informática no nível central e nos distritos sanitários	- Aquisição de equipamentos de informática.	
<b>Linha de ação 4 – Análise de situação de saúde e implantação de sistemas de monitoramento das doenças e agravos não transmissíveis – R\$ 329.268,00 (20,32%)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Vigilância incipiente das DANT	- Realização de diagnóstico situacional das DANT. - Realização de oficinas para definição dos agravos e indicadores a serem monitorados. - Realização do monitoramento de fatores de risco em escolares - Criação de banco de dados para análise e divulgação.	- Percentual de cobertura do SIM
Conhecimento insuficiente dos profissionais no desenvolvimento de ações de mortalidade materna e infantil e de monitoramento e vigilância dos casos de violência doméstica e sexual.	- Elaboração e reprodução de material instrucional e vídeos educativos - Capacitação de profissionais.  - Realização de seminários	- Percentual de óbitos com causas definidas, segundo os grandes grupo da CID 10  - Sistema de Vigilância de DANT estruturado.
Insuficiente capacitação das ESF para vigilância à saúde do adolescente e prevenção de vulnerabilidades	- Capacitação das ESF. - Produção de materiais - Produção de vídeos educativos - Realização de seminários	- Inquérito de fatores de risco comportamental em escolares realizado.
Insuficiente habilidade no manejo de softwares de análises estatísticas	- Cursos em manuseio de softwares estatísticos	
Baixa cobertura dos sistemas de informação	- Capacitação de médicos no SIM. - Capacitação na codificação de morbidade no SIH.	
Baixa qualidade e cobertura dos sistemas de informação	- Capacitação de profissionais - Implantação de infra-estrutura de rede.	

### **4.3. Os Planvigi estudados: sua lógica, implementação e a percepção dos atores envolvidos**

A partir das análises realizadas, observou-se que os beneficiários materializaram a sua realidade, adaptando as normas de elaboração estabelecidas com a explicitação dos problemas selecionados e a proposição das atividades que, na sua percepção, melhor contribuiriam para reverter a situação existente em cada contexto específico, como apresentado quando da descrição dos Planvigi estudados (itens 4.2.1 e 4.2.2).

O processo de elaboração dos Planos foi determinante para o grau de conhecimento e de adesão dos profissionais ao Projeto, como se pode apreender das falas dos entrevistados. A ampla participação na elaboração do Projeto e no desenho do Planvigi, promovida pela SVS, parece ter permitido um maior entendimento da proposta do Projeto Vigisus e do Planvigi. Para um dos entrevistados, criaram-se condições para que as Secretarias de Saúde adotassem um processo dinâmico, envolvendo a participação de vários setores de sua estrutura, da mesma forma que contribuiu para a estratégia de mobilização e assessoria aos municípios elegíveis no estado para a elaboração de seus Planvigi. A importância da participação na elaboração do Projeto também foi registrada pelos técnicos da SVS.

Outro aspecto que chama a atenção é o significado que o Projeto tem para os atores envolvidos. Apesar do Vigisus II ter limites claros quanto a seu tempo de implementação, recursos financeiros, formas de execução, ele é entendido como inserido em uma proposta mais global de estruturação e consolidação da VS. É visto como uma estratégia complementar àquela desenvolvida no âmbito das atribuições constitucionais de cada esfera de governo na área de Vigilância em Saúde. Assim sendo, o Vigisus passou, freqüentemente, a ser incorporado no processo interno de discussão e planejamento das Secretarias de Saúde, ao lado do Plano Plurianual (PPA), Programação Pactuada e Integrada de VS e do Pacto de Gestão. Essa visão traz conseqüências positivas e negativas para o Projeto. Se, por um lado, contribui para fortalecer o sistema, por outro, provoca dificuldades na mensuração de sua contribuição específica no desenvolvimento do SNVS.

Esse entendimento é compartilhado pelos dirigentes da SVS, que entendem o Vigisus como complementar às demais ações desenvolvidas pelos três entes federados para o fortalecimento da VS no país. Uma das justificativas apresentadas está relacionada ao volume de recursos financeiros envolvidos, na medida em que o volume de recursos que é repassado a estados e municípios, no âmbito do Projeto, é muito menor do que aquele referente ao Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, que é transferido de forma automática e em parcelas mensais, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais. A importância do Projeto Vigisus II, portanto, não é financeira, mas parece se situar na visibilidade que ele confere à estruturação e à modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

A análise da matriz lógica e das entrevistas evidencia fragilidades na conexão entre objetivos, atividades, recursos financeiros e resultados esperados, geradas pela formatação do Projeto, como um todo, e de seu Subcomponente IV. Os objetivos e resultados são amplos, enquanto as atividades são pontuais. Isso se justifica por tratar-se de um Projeto, que, necessariamente, tem sua temporalidade definida. Mas essa característica, acompanhada da definição de percentuais para a distribuição dos recursos financeiros, obrigatoriamente, pelas quatro linhas de ação, acabou favorecendo a fragmentação das atividades, enfraquecendo a conexão entre elas e os objetivos e resultados esperados.

Outro aspecto que deve ser aqui considerado é a relação entre o volume de recursos financeiros aprovado para o Subcomponente IV e o número de beneficiários. A SVS definiu como elegíveis todos os estados, capitais, municípios acima de 100 mil habitantes e aqueles localizados na região metropolitana da capital, não podendo exceder a 200, no total. Assim sendo, os recursos disponíveis, cujo montante já era muito menor do que aquele destinado ao TFVS, ao ser dividido entre as secretarias de saúde que aderiram ao Projeto, tornaram-se pequenos. Com isso, seu impacto na consecução dos objetivos e resultados esperados não é diretamente significativo. Eles têm que ser entendidos como complementares ao Teto Financeiro, conforme referido pelos entrevistados,

Quanto à implementação do Planvigi, houve referências a um interstício de aproximadamente 6 meses entre o final do processo de planejamento e

programação e o início de sua execução, em virtude de atraso no repasse de recursos por parte do Ministério da Saúde. Isso levou à realização de várias atividades previstas com recursos do próprio beneficiário. Portanto, a necessidade de reprogramação das atividades ficou evidente rapidamente. Outros atrasos, próprios da execução, gerados por demora nos trâmites administrativos e burocráticos, em especial aqueles voltados para a aquisição de equipamentos e reforma de áreas físicas, e por deficiências nas estruturas locais, vêm ocorrendo ao longo dos anos. Diante dessa situação, as reprogramações têm sido necessárias, freqüentemente, tornando-se um importante instrumento de adequação dos Planos.

Na documentação analisada, identificou-se apenas uma regra para essa reprogramação: o remanejamento de atividade só pode ocorrer dentro de uma linha de ação. O fluxo para sua efetivação é o seguinte: por meio de uma planilha padrão, o beneficiário solicita, por e-mail e ofício assinado pelo gestor, a reprogramação de suas atividades à SVS, que analisa o pedido e, se aprovado, altera o SPIV para atendê-lo. A reprogramação pode se dar com a exclusão de atividades ou insumos, substituição de atividades ou insumos e inclusão de atividades ou insumos, sempre em uma mesma linha de ação, não existindo restrições quanto ao número de vezes em que pode ocorrer. Em alguns casos, é necessário obter autorização do Banco Mundial, como, por exemplo, quando a solicitação não se restringe aos insumos pré-definidos. A análise desse processo demonstrou que o nível federal não observa se a alteração provoca uma mudança significativa no perfil do Plano, originalmente aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Contudo, os entrevistados de nível local afirmaram que as mudanças não têm provocado alterações de fundo no Planvigi, e sim têm contribuído para a consecução dos objetivos previstos.

Esse processo de reprogramação ocorre, também, nas atividades de capacitação de recursos humanos, uma das prioridades do Projeto, que têm sido conduzidas pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal - o que leva a uma dispersão de esforços, provocando ações paralelas ou a não realização de cursos, porque cada um dos envolvidos aguarda que o outro o promova. Diante desse desencontro, tem sido freqüente a revisão das atividades.

Outro aspecto relatado em relação às capacitações foi a sua fragmentação. Estado e município consideram que, em função das diferentes linhas de ação, foram programados vários cursos pequenos e específicos, cuja execução não se mostra viável porque exige a ausência freqüente, nos serviços, dos profissionais.

Uma análise do número de atividades realizadas em relação às programadas (Quadros 3 e 4) indica que a implementação das atividades está abaixo do previsto: a Secretaria Estadual e a Municipal realizaram, respectivamente, 47% e 33% do programado. Não é possível se estabelecer comparações entre as duas secretarias em relação à capacidade de implementação do Plano, porque ocupam funções diferentes no SNVS, por ser uma estadual e a outra municipal. Conseqüentemente, a Secretaria Estadual, responsável pela coordenação do sistema em sua área de abrangência, concentra um volume de recursos e possui um número de atividades bem maior. Da mesma forma, de acordo com os dados do SPIV, a execução financeira dessas secretarias encontra-se em torno de 34% para a SES e 55% da SMS em relação aos recursos repassados.

Quadro 3 – Número de atividades realizadas em relação às programadas, de acordo com a linha de ação, Planvigi SES A, período 2005 a 2007.

Linhas de Ação	Número de Atividades		
	Programadas	Realizadas *	A Realizar
1	12	6	6
2	41	19	22
3	6	3	3
4	20	9	11
Total	79	37	42

Fonte: SPIV/SVS

\* Foram consideradas as atividades concluídas e as realizadas parcialmente.

Quadro 4 – Número de atividades realizadas em relação às programadas, de acordo com a linha de ação, Planvigi SMS B, período 2005 a 2007.

Linhas de Ação	Número de Atividades		
	Programadas	Realizadas *	A Realizar
1	2	1	1
2	23	8	15
3	10	4	6
4	10	2	8
Total	45	15	30

Fonte: SPIV/SVS

\* Foram consideradas as atividades concluídas e as realizadas parcialmente.

Um das conclusões evidentes da análise é a dificuldade na implementação do Projeto pelos beneficiários. Observa-se que os atrasos na realização das atividades se sobrepõem, demandando estratégias de unificação de atividades, identificação daquelas menos vulneráveis às fragilidades dos beneficiários, com vistas à reprogramação do Plano, como já exposto. Nesse aspecto, a baixa capacidade das secretarias de saúde na condução de processos de contratação de serviços e na ampliação e qualificação de seu quadro de pessoal tem sido determinante. Intervir nessa questão implica em aumentar a governabilidade de gestão do setor saúde, no âmbito das três esferas de governo.

Para tal, o monitoramento e a avaliação de desempenho são estratégicos, sendo práticas vigentes na área de Vigilância em Saúde, que vêm sendo implementadas desde 2003, com a implantação da Programação Pactuada e Integrada em Vigilância em Saúde (PPI-VS), hoje Programação de Ações Prioritárias em Vigilância em Saúde (PAP-VS). Esse movimento foi, assim, incorporado ao Projeto Vigisus II, de forma a respaldar a gestão do Projeto com base nos resultados obtidos.

O monitoramento da implementação do Plano de Vigilância em Saúde é realizado por meio de visitas aos beneficiários (SES duas vezes ao ano e SMS uma vez ao ano), de contatos telefônicos e do Sistema de Planejamento e Informação do Projeto Vigisus II (SPIV). Tem como objetivo a prestação de apoio e cooperação técnica para o aprimoramento da implementação do Planvigi e, em última instância,

do sistema de vigilância em saúde. Busca identificar as dificuldades na execução relacionadas a aspectos administrativos, financeiros e técnicos, apoiando os beneficiários para maior agilidade e qualidade das ações, com vistas ao alcance dos indicadores.

As visitas são feitas de forma integrada com o acompanhamento da Programação de Ações Prioritárias em VS, por técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde. São utilizados instrumentos de monitoramento específicos, para unidades federadas e municípios, que são revisados periodicamente.

Além das visitas, a equipe realiza, de rotina, o acompanhamento da execução dos Planvigi por meio do SPIV, que, por ser *on-line*, tem a potencialidade de apresentar em tempo real a evolução das ações, direcionando orientações sobre inconsistências apresentadas no Sistema e demonstrando necessidades de assessoramento presencial. Disponibiliza, ainda, um *Help desk*, que, também, em tempo real, permite a comunicação entre os beneficiários e os técnicos da SVS, para esclarecimentos e soluções imediatas a problemas operacionais.

#### **4.4. Sistemática da avaliação de estados e municípios**

##### **4.4.1. Desenho da proposta de avaliação**

No sentido de acompanhar oportunamente o desempenho dos municípios e estados quanto ao cumprimento das metas estabelecidas e para poder oferecer suporte técnico e administrativo àqueles que apresentam dificuldades no cumprimento das mesmas, assim como para estimular positivamente aqueles cujo desempenho esteja satisfatório, pré-condições foram pactuadas quando da efetivação do Projeto, por intermédio de Termo de Adesão, assinado entre os beneficiários e o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b). São elas:

- o monitoramento da execução física e financeira através do SPIV, sistema de informação elaborado para o projeto, e da estratégia de monitoramento da Programação de Vigilância em Saúde (PPI – PAP / VS);

- a avaliação de desempenho baseada no cumprimento de metas por indicadores e o acompanhamento da execução orçamentária e financeira, a ser realizada na metade e ao final da execução do projeto.

Conseqüentemente, o monitoramento regular do desempenho de estados e municípios, pelo nível federal e por eles próprios, passou a ser uma exigência. Para isto, a implementação de uma prática de avaliação, pautada na capacidade técnica e política das três instâncias do SUS, incorporada no cotidiano dos serviços se tornou indispensável.

A avaliação de desempenho das Secretarias de Saúde beneficiadas pelo Projeto Vigisus II, baseada em duas variáveis, cujos dados são obtidos no SPIV e pontuados (Brasil, 2004d). A avaliação final do desempenho dos beneficiários é resultado do cruzamento dessas duas variáveis, com predominância da situação referente ao cumprimento das metas dos indicadores, em virtude de seu peso nos objetivos do Projeto, de acordo com a proposta analisada (Anexo B). Essas variáveis são:

- cumprimento das metas pactuadas para os indicadores: o desempenho é mensurado com base em uma pontuação definida para cada indicador, em função da linha de ação em que está inserido e de sua sensibilidade enquanto marcador dos objetivos de cada uma. Nos documentos estudados, não foram localizadas argumentações que justificassem os pontos atribuídos a cada indicador.
- percentual de comprometimento orçamentário para a realização das atividades programadas no Planvigi.

Cada variável é classificada em três categorias, de acordo com o percentual alcançado:

- insuficiente: menor que 50%;
- regular: de 50 a menor que 90%; e,
- bom: de 90% em diante.



Essa proposta buscava imprimir uma dinâmica diferenciada ao processo de monitoramento e avaliação, ao adotar como premissa, para a liberação de recursos, a gestão por resultados, fundamentada na pactuação de indicadores, com metas claramente definidas, e no compromisso de utilização de recursos financeiros exclusivamente nas atividades programadas no Plano de Vigilância em Saúde.

Por questões operacionais, a avaliação de desempenho dos beneficiários ocorreu apenas em abril de 2007, com base no Ano 2 do Projeto, em conformidade com o estabelecido no Acordo de Empréstimo. A falta de alimentação do SPIV por parte das secretarias de saúde, quanto à execução orçamentária e financeira, e da Secretaria de Vigilância em Saúde, em relação à situação dos indicadores, inviabilizou a avaliação da implementação no Ano 1.

#### **4.4.2. Situação dos indicadores de desempenho nos casos estudados**

Como já referido, duas variáveis são utilizadas para avaliar o desempenho da intervenção, a utilização dos recursos repassados pela Secretaria de Vigilância em Saúde e o cumprimento das metas dos indicadores.

Com relação à primeira variável, a SES A não tem demonstrado agilidade nos gastos: tendo recebido 86% (R\$ 4,4 milhões) do total destinado ao Planvigi, comprometeu, até setembro de 2007, apenas 34% (R\$ 1,5 milhão) desse montante, ficando em situação insuficiente. Já quanto ao cumprimento das metas dos indicadores selecionados, apresentou um desempenho regular, de acordo com a pontuação adotada e descrita no item 4.4.1, alcançando 70% do esperado (Quadro 5).

Quadro 5 – Situação de alcance dos indicadores do Planvigi, segundo linha de ação, SES A, ano 2 do Projeto

<b>Linha de Ação 1- Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Meta Ano 2</b>	<b>Situação Ano 2</b>
% de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue	45,70	55,00	78,60
% de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial	21,90	35,00	42,70
% de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em < 1 ano	36,60	50,00	79,02
% de casos novos curados de tuberculose	71,80	76,00	67,30
% de municípios com remessa regular do banco de dados do Sinan	0,00	75,00	95,26
<b>Linha de Ação 2- Vigilância Ambiental em Saúde</b>			
SES com Vigilância Ambiental em Saúde estruturada (relatórios de situação)	1	2	1
<b>Linha de Ação 3- Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis</b>			
% de cobertura do SIM	83,00	85,00	89,60
% de óbitos notificados com causas definidas, segundo os grandes grupos do CID 10	87,00	90,00	89,50
UF com município de capital com inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado (*)	0	0	0
SES com sistema de vigilância de Dant estruturado (relatório de situação)	1	1	1
<b>Linha de Ação 4- Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde</b>			
SES com Plano Diretor em VS aprovado (**)	0	0	0
SES com Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da VS elaborado (**)	0	0	1
Nº de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de VS	71	1.119	2.743
SES e município da capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica e VS elaborado (**)	0	0	0

(\*) Indicador não mensurado, porque a contratação a instituição para realização do inquérito, de responsabilidade da SVS/MS, não foi viabilizada.

(\*\*) Indicador pactuado para o final do Projeto Vigisus II.

Quanto à SMS B, os indicadores de monitoramento e avaliação no segundo ano do Projeto (Quadro 6), aponta que 6 metas foram ultrapassadas, do total de 9 indicadores mensurados encontram-se na Linha de Ação 1 – Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, os três que não cumpriram sua meta.

De acordo com informações existentes no SPIV, em setembro de 2007, a SMS-B recebeu 35% (R\$ 567 mil) do total aprovado para seu Plano, tendo comprometido 55,5% (R\$ 314 mil) desse montante, o que, da mesma forma que a SES estudada, demonstra pouca agilidade nos gastos.

Quadro 6 - Situação de alcance dos indicadores do Planvigi, segundo linha de ação, SMS B, ano 2 do Projeto

<b>Linha de Ação 1- Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Meta Ano 2</b>	<b>Situação Ano 2</b>
% de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue	39,60	50,00	85,80
% de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial	39,80	46,00	31,50
% de cobertura vacinal adequada para tetravalente em < 1 ano	81,00	85,00	89,37
% de casos novos curados de tuberculose	72,00	75,00	64,30
% de remessa regular do banco de dados do Sinan	0,00	80,00	76,92
<b>Linha de Ação 2- Vigilância Ambiental em Saúde</b>			
Vigilância Ambiental em Saúde estruturada (relatórios de situação)	0	2	2
<b>Linha de Ação 3- Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis</b>			
% de cobertura do SIM (*)	0,00	90,00	0,00
% de óbitos notificados com causas definidas, segundo os grandes grupos do CID 10	96,20	90,00	93,70
Inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado (**)	0	0	0
Sistema de vigilância de Dant estruturado (relatório de situação)	0	1	0
<b>Linha de Ação 4- Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde</b>			
Nº de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de VS	4	40	573
Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica e VS elaborado (**)	0	0	0

(\*) Indicador excluído, por inexistência da informação desagregada por município.

(\*\*) Indicador não mensurado, porque a contratação a instituição para realização do inquérito, de responsabilidade da SVS/MS, não foi viabilizada.

(\*\*\*) Indicador pactuado para o final do Projeto Vigisus II.

#### **4.4.3. Análise da adequação da proposta de avaliação**

##### **4.4.3.1. Finalidade e foco da avaliação**

O sucesso de qualquer processo de avaliação está diretamente relacionado com a capacidade de se estabelecer, com precisão e clareza, a sua finalidade e o seu foco. O primeiro passo é a definição do que se quer com a avaliação e o segundo, a partir da finalidade explicitada, identificar em que ela deverá estar centrada.

Nesse sentido, o estudo procurou caracterizar, na análise documental e nas entrevistas, qual o grau de conhecimento e de adesão da equipe em atuação no Projeto em relação à proposta e às suas expectativas.

Em relação aos entrevistados, é importante ressaltar que todos participaram da concepção do Projeto, incluindo da metodologia de avaliação. Conseqüentemente, registraram o conhecimento sobre ele e sua adesão ao processo de avaliação, mesmo ressaltando a necessidade de seu aperfeiçoamento.

(...) sobre a avaliação do Projeto, em princípio, a gente considera pertinente, mesmo porque foi resultado de uma ampla discussão (...). Mas acho que tem de haver alguns ajustes (...) Acho muito relativo quando se diz que o estado ou o município é insuficiente, porque se desconhece toda a relação que existe entre a execução e o processo em si(...) (ESES).

No entanto, percebe-se que confundem avaliação do Projeto Vigisus com o processo de monitoramento das ações de Vigilância em Saúde iniciado em 2003, especialmente os dirigentes da SVS, como é evidenciado na fala de um dos entrevistados:

(...) estou entendendo a avaliação como vem também acontecendo com o monitoramento que é feito para as ações pactuadas na PAP, com estados e municípios (...) me parece que na sistemática de avaliação isso não tem sido feito com regularidade (...) (ENC1).

Nesse aspecto, vale a pena ressaltar que a área de Vigilância em Saúde, tradicionalmente, desenvolve ações de monitoramento, com o objetivo de detectar, em tempo oportuno, as atividades que devem ser redirecionadas. É evidente que, enquanto prática avaliativa, esse processo incorpora julgamento de valor. Mas compreende-se que se trata de monitoramento, por se caracterizar como uma ação contínua, que acompanha se o realizado está se dando de acordo com o planejado.

No Projeto Vigisus II, a avaliação de desempenho dos beneficiários, prevista no meio e no final do projeto, objetiva, no primeiro momento, identificar os beneficiários qualificados a receber mais recursos financeiros, em função de seu desempenho na execução do Projeto; e, no segundo, a verificar o impacto do Projeto na ampliação da capacidade de estados e municípios para cumprirem suas atribuições no âmbito do SNVS.

Como já referido, a avaliação de desempenho de estados e municípios, no Projeto, está focada no cruzamento de duas variáveis apresentadas no item 4.4.1: cumprimento das metas dos indicadores e comprometimento dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde. Em decorrência, ela evidencia, para os gestores locais, o status de sua performance, apontando a necessidade de redirecionamento das estratégias ou atividades em desenvolvimento.

Dentre os sete entrevistados, dois do nível central da SVS demonstraram que não conheciam a metodologia da avaliação, pois achavam que ela considerava apenas os indicadores selecionados.

Em relação à variável financeira, houve questionamentos por parte dos representantes das secretarias de saúde, que consideraram não haver uma conexão direta entre ela e o cumprimento das metas dos indicadores. Como apresentado no item 4.3, observou-se um descompasso entre o reduzido volume de recursos e a amplitude dos resultados alcançados. Isso pode ser explicado pelo fato das ações de VS, financiadas. Regular e automaticamente pelo Teto Financeiro ou por recursos locais, se mesclaram com as ações programadas no Planvigi. Outra questão levantada é o fato do desempenho financeiro ser medido a partir dos registros no SPIV, realizado pelos próprios beneficiários. Assim sendo, ele é influenciado pela capacidade da Secretaria em manter o sistema atualizado. Na percepção dos entrevistados locais, essa atualização é comprometida por dificuldades inerentes à operação do sistema.

No entanto, apesar desses problemas, os entrevistados ressaltaram a importância dessa variável. Na medida em que os trâmites de contratação de serviços e de pagamento não estão, frequentemente, sob a governabilidade das secretarias de saúde, esse acompanhamento alerta para a necessidade de aperfeiçoar os processos de trabalho de caráter administrativo-financeiro, na perspectiva de aproximá-los da área técnica.

A avaliação e o monitoramento são considerados por todos os entrevistados como processos estratégicos para o aperfeiçoamento das ações de Vigilância em Saúde, exigindo a sua institucionalização no âmbito dos serviços de saúde,

incorporada às práticas de rotina. Reconhecem, contudo, a necessidade de aperfeiçoamento desses processos, de torná-los mais amplos e abrangentes, com o envolvimento de outras áreas essenciais para a resolutividade das ações de VS, como a atenção básica; e com a integração de temas de caráter técnico, administrativo e financeiro.

As áreas de Vigilância Ambiental em Saúde e de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis representam um desafio especial, nesse processo. São áreas novas e amplas, ainda, em fase de estruturação, que demandam a construção de indicadores mais elaborados e fontes de dados com maior confiabilidade.

Outra lacuna, tanto para a avaliação, como para o monitoramento do Planvigi, refere-se às questões administrativas e financeiras presentes nos governos estaduais e municipais. Esses entes federados possuem instrumentos legais, estruturas organizacionais e rotinas específicas, que, por não terem sido consideradas na formatação do Projeto, freqüentemente comprometem a sua execução. Como incorporar esses aspectos no processo avaliativo ainda está sem resposta.

De qualquer forma, o sucesso da avaliação e do monitoramento está diretamente relacionado com a mobilização dos gestores e dirigentes produzida pelas informações geradas. É nesse ponto em que se situa a expectativa dos entrevistados: disponibilidade regular de informações consistentes e oportunas, que subsidiem as decisões e o aperfeiçoamento das ações.

#### **4.4.3.2. Adequação dos indicadores propostos**

No Projeto Vigisus II, duas questões são cruciais à investigação da adequação dos indicadores selecionados para mensurar os resultados alcançados quanto ao fortalecimento da capacidade de gestão e operacional de estados e municípios, no âmbito do SNVS:

1- os indicadores selecionados são os mais adequados para avaliar o alcance dos objetivos do Subcomponente IV?

2- os instrumentos e processos de sistematização das informações são adequados para a construção dos indicadores selecionados?

Vale recuperar, aqui, parte do processo de discussão que ocorreu, no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde, para a seleção dos indicadores. O debate foi intenso, na medida em que cada área técnica queria a aprovação de uma lista de indicadores que expressasse, na sua percepção, a complexidade inerente à sua atuação. Conseqüentemente, o número de indicadores sugeridos foi muito grande e de natureza distinta, porque deveriam dar conta de uma diversidade de campos de intervenção, que, por sua vez, possuíam acúmulos de conhecimentos, de práticas e de estruturação heterogêneos.

O primeiro esforço, então, foi o de estabelecer um consenso quanto às características que os indicadores deveriam ter. Três aspectos foram acordados: o elenco de indicadores deveria ser enxuto e sensível; composto de marcadores de cada uma das linhas de ação integrantes do Planvigi; e integrar a PPI-VS, de forma a evitar sobreposição.

Essa decisão acabou conduzindo à seleção de indicadores mais focados no desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, em termos amplos, do que especificamente no Projeto Vigisus II. Isto é, eles não são, exclusivamente, impactados pelas atividades programadas no Projeto.

Esse fato, por um lado, é positivo porque dá visibilidade à interface entre as diferentes ações desenvolvidas, demonstrando a organicidade que deve existir entre elas; por outro lado, possui um aspecto negativo, relacionado à dificuldade em permitir caracterizar o impacto direto gerado do Projeto propriamente dito. Nesse sentido, o caráter indutor do Vigisus e, conseqüentemente, do Planvigi se ressalta, na medida em que ele não preconiza um esforço paralelo àquele que é feito no cotidiano dos serviços de Vigilância em Saúde.

Vale enfatizar, ainda, que os indicadores devem ser analisados no âmbito de cada uma das linhas de ação a qual está vinculado; sua sensibilidade e a

consistência de seus dados estão estreitamente relacionadas ao estágio de estruturação de cada uma.

Ocorreram, também, desigualdades nas características dos indicadores, como se pode verificar na fala de um dos entrevistados:

(...) a vigilância epidemiológica e o controle de doenças têm parâmetros mais objetivos para acompanhá-los. Contudo, algumas áreas que a gente implantou com objetivo de ampliar o escopo da vigilância, por exemplo, vigilância ambiental e vigilância de agravos e doenças não transmissíveis, exigiram indicadores de processo de forma a possibilitar o acompanhamento de sua estruturação. Em relação ao fortalecimento da gestão, a questão é ainda mais complicada, porque há coisas que não estão sob a governabilidade, nem da SVS, nem da SES. (ENC4).

Na análise documental e nas entrevistas, identificaram-se alguns problemas em relação aos indicadores, que comprometem a qualidade da metodologia de avaliação de desempenho adotada. O primeiro deles, já referido, é decorrente da relação distante entre os indicadores e as atividades programadas no Planvigi. Eles são, na verdade, conseqüência do conjunto das ações de VS desenvolvidas pelas secretarias de saúde, financiadas por diferentes fontes de recursos (TFVS, Tesouro estadual, municipal). Outras dificuldades referem-se à confiabilidade e à disponibilidade dos dados, assim como a abrangência de alguns indicadores, que demandam ações sobre as quais a VS tem pouca governabilidade.

Comentários sobre cada indicador, agrupados por linha de ação, são apresentados a seguir. A maior parte dos indicadores é comum a estados e municípios; contudo alguns diferem porque a unidade de medida é distinta.

#### **Linha de ação 1 - Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis:**

**1.1) % de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue:** considerado como um indicador chave das ações de vigilância, por ser marcador sensível, permitindo avaliar todas as dimensões de vários programas (informação, investigação e, eventualmente, as medidas de controle e tratamento).



**1.2) % de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial:** indicador selecionado por estar diretamente relacionado à integração entre as áreas de vigilância epidemiológica, laboratório e a rede assistencial, importante para indicação de medidas de controle da doença (Silva Junior, 2004). Contudo, foi considerado pouco adequado pelos técnicos das secretarias de saúde, por estar mais vinculado à assistência hospitalar do que à vigilância.

**1.3) % de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em < 1 ano (para SES); - Município com cobertura vacinal (%) adequada para tetravalente em < 1 ano (para SMS):** marcador importante por aferir o desempenho do Programa de Imunização devido as suas características: é uma vacina administrada por via intramuscular, com três doses, em intervalos de 2 meses cada, exigindo uma logística bem estruturada. O cálculo de sua cobertura vem sendo aprimorado, com a substituição, em seu denominador, das estimativas disponibilizadas pelo IBGE para a população de menores de um ano pelo registro de nascidos vivos no SINASC. Essa mudança vem ampliando a confiabilidade do indicador por reduzir as distorções geradas pelas estimativas do IBGE. Isso porque o SINASC possui boa cobertura, especialmente nos municípios mais populosos, permitindo que represente bem a população de menores de um ano de idade. No entanto, tem-se que levar em consideração, na interpretação do indicador de homogeneidade para o nível estadual, a dificuldade do mesmo refletir a situação real de cobertura em municípios de pequeno porte (Teixeira, 2007).

**1.4) % de casos novos curados de tuberculose:** importante porque permite aferir o grau de integração entre a vigilância e a atenção básica, ao sinalizar o acesso ao diagnóstico e tratamento. Contudo, inconsistências no banco de dados do Sinan, em função de problemas operacionais do próprio sistema de informação, podem afetar os valores apresentados.

**1.5) % de municípios com remessa regular do banco de dados do Sinan (para SES); - Município com remessa regular do banco de dados do Sinan (para SMS):** não há dados disponíveis no Ministério da Saúde para obtenção

dessa informação por município. A rotina e o fluxo, até o momento, de alimentação ao Sinan permitem apenas a sua desagregação por estado. Sua seleção se justifica porque demonstra a capacidade operacional e o grau de prioridade relacionados à alimentação desse Sistema. Isto pode ser evidenciado na fala de um dos entrevistados, dirigente da SVS, ao afirmar que este indicador foi propositalmente selecionado para atender uma questão bem particular, necessidade de regularizar o banco de dados devido os sérios problemas de alimentação que estava acontecendo naquele momento. Em 2007, foi disponibilizada a versão do Sinan *web*, que, quando estabilizada, fornecerá informações consistentes para esse indicador.

## **Linha de ação 2 - Vigilância Ambiental em Saúde:**

**2.1. SES ou SMS com Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) estruturada:** a VAS, por se encontrar em fase de estruturação, enfrenta sérios desafios para delimitar o seu objeto de intervenção, a especificidade de suas ações e, em consequência, construir indicadores que reflitam o nível de manifestação dos problemas ambientais na saúde das populações, e o impacto das ações realizadas (Barcellos & Quitério, 2006). Nesse sentido, o indicador selecionado foi considerado adequado, pelos entrevistados, ao estágio de desenvolvimento da Vigilância Ambiental em Saúde, já que ele compreende: a publicação de um instrumento legal instituindo a VAS e suas competências; a existência de equipe técnica responsável pelas ações da área; e elaboração de dois relatórios anuais relacionado à qualidade da água para o consumo humano.

## **Linha de ação 3 - Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis:**

**3.1. % de cobertura do SIM:** indicador selecionado para estimular a captação de registros de óbitos, reduzindo a subnotificação. Sua viabilidade está comprometida porque não há dados disponíveis para municípios, já que a metodologia para a definição do denominador, necessário ao cálculo da estimativa de cobertura, ainda encontra-se em fase de conclusão. Essa metodologia deverá dar conta das mudanças produzidas na dinâmica populacional, minimizando as imprecisões inerentes às técnicas utilizadas para estimar o número de óbitos (OPAS, 2002).

**3.2. % de óbitos notificados com causas definidas, segundo os grandes grupos do CID 10:** indicador importante porque qualifica as informações do SIM e de sua relação com o acesso a serviços de saúde e a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito pelos profissionais médicos. Permite traçar o perfil mais preciso de mortalidade em um determinado local e período.

**3.3. UF com município de capital ou capital com inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado:** como a estratégia adotada no Vigisus II colocou sob a responsabilidade do Ministério da Saúde a realização do inquérito, estado e município não têm governabilidade sobre seu desenvolvimento. Portanto a adequação deste indicador é questionável.

**3.4. SES ou capital com sistema de vigilância de Dant estruturado:** enquanto indicador de processo, sua adequação está relacionada ao estágio em que se encontra a Vigilância de Dant, ainda em fase de estruturação, cujo estágio de desenvolvimento deve ser demonstrado pela produção, de pelo menos, um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis, e de um relatório com análise de fatores de risco para DANT. O atual perfil epidemiológico da população brasileira requer o fortalecimento da capacidade técnica e operacional das equipes de vigilância na elaboração de análise de situação de saúde e na proposição de adoção de medidas adequadas ao controle de doenças e agravos à saúde, além daquelas direcionadas aos fatores de risco.

#### **Linha de ação 4 - Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde:**

**4.1. SES com Plano Diretor em VS aprovado:** indicador pactuado para o final do Projeto, com o objetivo de estimular os estados a formalizar a estruturação da área de Vigilância em Saúde, no âmbito do SUS. Até o momento, este processo está incipiente, considerando que se encontra em discussão, no âmbito da SVS/MS, uma proposta sobre diretrizes gerais que oriente os estados a elaborarem seus Planos.

#### **4.2. SES com Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da VS**

**elaborado:** indicador considerado não adequado pelos entrevistados porque as medidas para sua concretização estão fora da governabilidade da Vigilância em Saúde. Quando da discussão do Projeto Vigisus, pelos técnicos e Dirigentes da SVS e Agentes do Banco Mundial, uma das grandes questões que se sabia que teria que ser enfrentada era a insuficiência e a baixa qualificação das equipes de VS no âmbito das três esferas de governo, para tanto foi negociada a inclusão deste indicador como um fator indutor da implementação desse processo.

#### **4.3. Nº de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de VS:**

sua seleção foi uma tentativa de aprimorar o processo de descentralização das ações de VS; contudo, não foi destacado pelos entrevistados, salvo por um dos respondentes de nível local, que declarou sua inadequação para esse fim.

#### **4.4. SES ou município da capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica e VS elaborado:**

considerado de grande importância para a VS, por ser a atenção básica o espaço privilegiado para a vigilância em saúde se materializar, concretizando-se em ações na rotina dos serviços.

Com o objetivo de ser a base de uma das variáveis para a avaliação de desempenho, para cada indicador, foi estabelecida uma linha de base e, a partir dela, pactuadas as metas para os anos do Projeto. Problemas surgiram nessa etapa: alguns indicadores, até mesmo porque já eram tradicionalmente utilizados, possuíam dados consistentes, permitindo o estabelecimento de uma linha de base confiável, como no caso de *“Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue”* e *“Percentual de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial”*. Outros, devido a fragilidades das estimativas, ou a inexistência, ou a inconsistência dos dados, geraram linhas de base inadequadas, entre eles o *“Percentual de casos novos curados de tuberculose”* e *“Percentual de cobertura do SIM”*. Essa situação comprometeu o estabelecimento de metas e, conseqüentemente, impacta

negativamente nos resultados da avaliação de desempenho dos estados e municípios.

No contexto da sistemática de avaliação do Projeto, o conjunto de indicadores selecionados teria de dar conta de medidas de impacto, da adequação da infraestrutura dos serviços e da efetividade dos processos (Medina *et al*, 2005). Portanto, a avaliação não deveria limitar-se à evolução dos indicadores, mas deveria estar focada no alcance de resultados que, efetivamente, alterassem positivamente a realidade da intervenção.

Toda essa sistemática enfrenta dificuldades para ser bem sucedida, porque a definição de padrões de desempenho ocorre de forma desigual entre os indicadores. Alguns possuem parâmetros já consolidados na literatura, como cobertura vacinal; outros, relacionados a áreas ainda em estruturação, não têm referências objetivamente estabelecidas.

Outro obstáculo observado refere-se às fontes de informação: são diferentes sistemas, que apresentam sérias limitações, gerando dados pouco confiáveis. Dentre os vários problemas, constatam-se a não compatibilização de conceitos e critérios; a abrangência, isto é, a cobertura de cada sistema variada; diferentes níveis de desagregação de dados; utilização de várias linguagens e plataformas, que exigem operações fora dos sistemas para o cruzamento dos dados. Nesse contexto, a análise fica dificultada, comprometendo a avaliação de desempenho das secretarias de saúde.

Essas questões comprometem, também, a linha de base da maioria dos indicadores selecionados. É provável que ela indique uma falsa situação inicial, o que pode influenciar na avaliação do impacto do Projeto. A probabilidade de que isso esteja ocorrendo aumenta, na medida em que os bancos de dados estão sendo revistos para, por exemplo, a eliminação de erros de registros e em virtude de mudanças nas metodologias de cálculo.

## **5- CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

O reconhecimento da importância da avaliação de desempenho de estados e municípios, no âmbito do Projeto Vigisus II, é uma evidência que se ressalta nos documentos e nas entrevistas realizadas por este estudo. Ocorrem, contudo, dificuldades para a sua concretização.

Decorrente de uma decisão deliberada da Secretaria de Vigilância em Saúde, as atividades do Projeto se confundem, freqüentemente, com as ações de rotina do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Esse fato faz com que não seja possível a delimitação da contribuição específica do Projeto para o fortalecimento institucional da capacidade de gestão em VS de estados e municípios.

Portanto, o próprio desenho do Projeto já impõe limites ao resultado que pode ser obtido com a avaliação do desempenho de estados e municípios. Esse desempenho é “contaminado” por uma série de fatores, já referidos no estudo, que podem ser classificados em três tipos: 1. fatores gerados pelo modelo adotado no Vigisus II, como, por exemplo, a dicotomia entre as atividades, os recursos financeiros e os indicadores; 2. fatores decorrentes da inexistência ou inconsistências das fontes dos dados necessários ao cálculo dos indicadores; e, 3. a pouca governabilidade da área da Vigilância em Saúde e do próprio setor saúde para intervirem em aspectos administrativos e gerenciais dos governos estaduais e municipais.

Quanto à sistemática de avaliação adotada, ao preconizar o cruzamento da execução orçamentária e financeira com o cumprimento de metas dos indicadores, introduz o componente de gestão, no mesmo patamar que o componente técnico. O que confere melhor visibilidade aos entraves de caráter administrativo, criando condições mais favoráveis à mobilização dos gestores no sentido de sua superação. Vale ressaltar que, no âmbito do Projeto, entretanto, o desempenho da execução orçamentária e financeira é influenciado por aspectos inerentes ao sistema de informação que gerencia o Projeto Vigisus II – SPIV, como já referido anteriormente.

Em relação à segunda variável da sistemática de avaliação de desempenho de estados e municípios – cumprimento de metas dos indicadores, é importante ressaltar os seguintes aspectos:

# quanto à adequação dos indicadores: houve crítica mais intensa em relação a quatro: Percentual de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial; UF com município de capital ou capital com inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado; SES com Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da VS elaborado; e Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de VS;

# quanto à base de dados: foram registradas inconsistências nas informações referentes a três indicadores: Percentual de casos novos curados de tuberculose; Município com remessa regular do banco de dados do Sinan (indicador para SMS); e Percentual de cobertura do SIM (para SMS);

# quanto à unidade de medida para mensurar a estruturação da Vigilância Ambiental e a Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, só a existência de um relatório, sem uma análise crítica das informações nele contidas, se constitui em um frágil indício do estágio de desenvolvimento dessas áreas, uma vez que os registros podem sinalizar que nada vem sendo feito, por exemplo, por falta de recursos humanos, entre outros motivos;

Finalmente, observa-se que os atores, especialmente aqueles da SVS, confundem avaliação e monitoramento. Na percepção desses entrevistados, o monitoramento é o processo predominante, avaliação é compreendida como um momento intrínseco ao monitoramento. Esse entendimento pode ser decorrência do trabalho desenvolvido pela SVS, ao longo dos anos, para o acompanhamento da PPI-VS, hoje PAP-VS.

A análise indica recomendações para aperfeiçoar a sistemática de avaliação de desempenho aqui estudada, algumas das quais para serem incorporadas dependerão da possibilidade de mudanças no âmbito do próprio Projeto. Entre elas, destacam-se:

# revisão dos indicadores cuja adequação foi questionada;

# investimento nos sistemas de informação visando ampliar a sua qualidade, conferindo confiabilidade nos dados dos indicadores apontados como inconsistentes;

# construção de indicadores de resultado referente à área de Vigilância em Saúde Ambiental;

# construção de novos indicadores de processo na área de Vigilância de Doenças não Transmissíveis;

# redução do número de indicadores, caracterizando melhor o caráter de marcador de cada um em relação ao escopo do Projeto;

# revisão da linha de base, em função das alterações realizadas nos bancos de dados;

# revisão das estratégias utilizadas pela SVS para estimular e apoiar a operação do SPIV pelos beneficiários, inclusive considerando a oportunidade de reformulações no sistema;

# intensificação das atividades de monitoramento e assessoramento, com a adoção de medidas mais efetivas para a melhoria do desempenho dos beneficiários.

Com relação ao Projeto propriamente dito, este estudo levantou alguns pontos que deveriam ser objeto de reflexão da Secretaria de Vigilância em Saúde, na perspectiva de aperfeiçoar o Vigisus II e criar condições mais favoráveis para a consecução de seus objetivos. São eles:

# flexibilização da distribuição de recursos financeiros por linha de ação, de forma a permitir aos beneficiários adequá-la ao estágio de desenvolvimento de seu sistema de Vigilância em Saúde;



# agilização da transferência de recursos financeiros para os beneficiários que se encontrem em condições de utilizá-los (desempenho bom ou regular);

# busca de novas estratégias para induzir o fortalecimento institucional de estados e municípios, porque as ações implementadas têm obtido êxito relativo na ampliação da capacidade de gestão, que se traduza no cotidiano dos serviços. No Planvigi, por exemplo, essas ações estão voltadas para reformas de áreas físicas, aquisições de bens, algumas poucas capacitações. Por outro lado, os indicadores voltados para mensurar os avanços dessa área não têm sido os mais adequados e, também, exigem uma revisão.

O desempenho das secretarias de saúde analisadas, apesar das limitações apontadas na sistemática de avaliação do Vigisus II, confirmam considerações de outros autores (Silva, 2006) de que o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde continua enfrentando o desafio da reorientação das práticas no cotidiano do serviço. É inegável a existência de avanços, em especial na estruturação das novas áreas da vigilância – saúde ambiental e doenças não transmissíveis. Contudo, observam-se obstáculos de diferentes naturezas que não favorecem a criação de condições favoráveis a mudanças no processo de trabalho. Entre eles destacam-se: estrutura e organização das secretarias de saúde inadequadas; modelos vigentes de gestão e de financiamento inapropriados e restritivos; cultura hegemônica, nas instituições e entre os profissionais, centrada nas práticas tradicionais de vigilância epidemiológica e sanitária.

O Projeto Vigisus II contribui, mas não é suficiente para alterar esse panorama. Faz-se necessária uma profunda reflexão sobre como superar esse quadro, de forma a não invalidar o investimento realizado na infra-estrutura do Sistema, transformando o discurso em ação, em mudanças efetivas nos processos de trabalho.

## 6- Referências bibliográficas

BANCO MUNDIAL. **Monitorização & avaliação:** algumas, ferramentas, métodos e abordagens. Washington, 2004. 26 p.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância Ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 170-177, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Seção II. Da Saúde. Artigo 198.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Projeto VIGISUS: Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 1998. 1v.

BRASIL. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1999. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto VIGISUS II: Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004a. Seção 1, p. 58.  
(Documento, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto VIGISUS II: Manual operativo**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto VIGISUS II: Orientações para elaboração dos Planvigi**. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <[www.saúde.gov.br/svs](http://www.saúde.gov.br/svs)>. Acesso em: 05 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Metodologia de avaliação**. Brasília, DF, 2004d. 1 v.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J., PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M de A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio Janeiro, FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

HARTZ, Z. M. de A. Princípios e padrões em meta avaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.

LEVITON, L. C.; COLLINS, C. B.; LAIRD, B. L.; KRATT, P. P. Teaching evaluation using evaluability assessment. **Evaluation**, v. 4, n. 4, p. 389-409, 1998.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. de A. Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador, EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OPAS-OMS. **Indicadores básicos da saúde no Brasil**: Conceitos e Aplicações. Brasília, DF: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), 2002. 299 p. il.

PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPECS, 2006. p. 91-111.

PIMENTA JÚNIOR, F. G. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal**. 210 f. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SILVA, G. A. P. **A vigilância e a reorganização das práticas de saúde**. 137 f. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SILVA JÚNIOR, J. B. da. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 318 f. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-130.

TEIXEIRA, A. M. S. **Denominador para o cálculo de coberturas vacinais**: um estudo das bases de dados para estimar a população de menores de um ano de idade. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador.

THURSTON, W. E.; POTVIN, L. Evaluability assessment: a tool for incorporation evaluation in social change programmes. **Evaluation**, v. 9, n. 4, p. 453-469, 2003.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

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

## **7- APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – Roteiros das Entrevistas**

### **Roteiro 1 - Informantes-chave das Secretarias de Saúde selecionadas**

Secretaria de Saúde:

Respondente:

Data:

1- Quais os principais objetivos, atividades e metas para o fortalecimento da gestão da vigilância em saúde propostos no Planvigi de sua secretaria?

2- Os recursos financeiros aprovados são suficientes?

3- As atividades propostas são as mais adequadas para impactarem no cumprimento das metas dos indicadores e para o alcance dos objetivos propostos?

4- As atividades programadas estão sendo executadas?

5- Quais os principais resultados obtidos?

6- Por iniciativa dessa secretaria existe processo de acompanhamento da execução do Planvigi?

7- Você considera que as atividades realizadas impactaram o cumprimento das metas dos indicadores?

8- No seu entender, os indicadores selecionados na proposta são os mais adequados para avaliar o alcance dos objetivos?

9-As informações disponíveis são adequados para construção dos indicadores selecionados?

10- Você conhece a sistemática de avaliação estabelecida pelo Projeto Vigisus II, constante do Termo de Adesão assinado entre sua Secretaria de Saúde e o Ministério da Saúde?

11- Você considera a sistemática de avaliação utilizada como a mais adequada?

12- Que problemas surgiram e quais são as suas sugestões para aperfeiçoar o processo de avaliação de sua Secretaria de Saúde, no âmbito do Projeto Vigisus II?

13- Quais são suas expectativas em relação ao uso dos resultados desta avaliação?

## **Roteiro 2: Dirigentes da Secretaria de Vigilância em Saúde**

Diretoria:

Respondente:

Data:

1- Qual o seu conhecimento sobre o processo de elaboração e execução dos Planos de Vigilância em Saúde (Planvigi) implementados por Secretarias de Saúde dos estados, capitais e municípios.

2- Você participou da seleção dos indicadores relacionados à área em que dirige e que integram o Planvigi?

3- O que norteou essa seleção?

4- Você considera a sistemática de avaliação estabelecida pelo Projeto Vigisus II adequada?

5- Quais são as suas sugestões para aperfeiçoar este processo?

6- Quais são suas expectativas em relação ao uso dos resultados desta avaliação?



**APÊNDICE B - Matriz de Análise - Beneficiários<sup>5</sup>**

**I. A intervenção - O Planvigi**

**Tema 1:** Modelo teórico-lógico da intervenção adotada pelo Projeto Vigisus II por estados e municípios selecionados.

**Questões :**

1. Quais os principais objetivos e atividades dos Planvigi?
2. Qual o conhecimento do projeto entre os técnicos envolvidos?
3. As equipes técnicas concordam com os objetivos e atividades propostos?
- 4: Existe uma conexão lógica entre os objetivos, atividades e resultados esperados?

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
<p><b>Objetivos, atividades e lógica da intervenção.</b></p>	<p><b>ESES</b> – (...) Considero que houve uma certa facilidade na medida em que o estado X, através dessa coordenação, participou do processo de elaboração (...) do Projeto como um todo. (...) Isso foi o fator principal para que a gente pudesse entender a proposta do Vigisus II e encaminhar, montando toda a lógica de programação que o Ministério propunha em termos de contribuição para a estruturação da necessidade de estruturar e modernizar o sistema de vigilância. (...) A proposta do estado em relação ao desenho propriamente dito de seu Planvigi, foi construída de uma forma bastante dinâmica, envolvendo vários setores da secretaria. As áreas técnicas tiveram a oportunidade de, em oficinas que nós realizamos internamente, conhecer quais seriam os objetivos e o que estava sendo proposto.</p>
	<p><b>ESES</b> - E dentre os <u>objetivos</u> principais o que a gente considera é que realmente o projeto ele veio buscar o crescimento mesmo ou facilitar com que cumprisse seu papel mediante a sociedade como um todo, que é realmente participar da estruturação e mais objetivamente do controle de doenças no estado.</p>
	<p><b>ESMS</b> - Os principais <u>objetivos</u> a gente pensou no fortalecimento da vigilância de agravos transmissíveis e não transmissíveis, na perspectiva de uma redução da morbimortalidade, num impacto positivo na redução das internações e óbitos por esses agravos; (...) avançar no desenvolvimento de ações de promoção à saúde para dentro doenças e agravos não transmissíveis, incluindo a questão da violência; (...) desenvolvimento maior da área de vigilância ambiental, que era incipiente dentre as ações da vigilância sanitária, (...) e fortalecimento da gestão.</p>
	<p><b>ESMS</b> - Dentre as principais <u>atividades</u>, destacam-se: o VIGIAR, como um dos projetos prioritários da secretaria, estratégico para o controle de doenças respiratórias, em crianças menores de cinco anos; o fortalecimento da nossa rede de laboratório principalmente, no âmbito das doenças de notificação compulsória; o fortalecimento do nosso laboratório para vigilância ambiental; melhoria de estrutura de área física, equipamentos e capacitação.</p>

<sup>5</sup> **ESES** - Entrevistado Secretaria Estadual; **ESMS** – Entrevistado Secretaria Municipal

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
<b>Objetivos, atividades e lógica da intervenção.</b>	<p><b>ESES</b> - Com relação às <u>atividades</u> que propusemos, acho que tem algumas que merecem destaque, embora todas são de fundamental importância, no processo de controle de doenças. Gostaria de destacar uma atividade - a estruturação da unidade de epidemiologia de campo - que era uma unidade que tínhamos desde 2000, tentado implementá-la, mas sem conseguir. E com o projeto nós realmente conseguimos levar essa proposta adiante: conseguimos a estruturação do núcleo, realizamos o curso de epidemiologia do campo e conseguimos, mais ainda, que essa atividade fosse indutora para a descentralização do EPISUS para os estados. (...) Outras atividades que poderiam ser salientadas, são os cursos de especialização em vigilância, um com enfoque em DANT - Doenças e agravos não Transmissíveis, e o outro em Vigilância Ambiental em Saúde. Acho que é de fundamental importância o fato desses dois cursos contarem com a participação dos técnicos dos municípios. Isso era uma grande demanda e o estado, quando elaborou a proposta de capacitação. Na verdade, as capacitações vêm tendo uma grande importância para o Projeto. (...) Acho que é interessante, ainda, destacar, no Planvigi, a proposta, que foi inovadora para a época, da vigilância hospitalar. Tanto que, em seguida, o Ministério adotou a proposta nacional da vigilância hospitalar. (...) Conseguimos inserir, nessa proposta, a participação de hospitais que não temos gerência, mas que são, de certa forma, referência. (...) Outro avanço, significativo para o estado, foi a instalação do laboratório para o diagnóstico da raiva. (...) Outro aspecto a ser destacado é a melhoria da qualidade da informação. Informação é para a epidemiologia, porque sem informação não se tem como trabalhar.</p>
	<p><b>ESES</b> - Os <u>recursos financeiros</u> não foram adequados para as necessidades, mas de acordo com aquilo que nós programamos eu considero que sim. Nesse sentido, o recurso foi suficiente na medida em que a gente conseguiu, através da lógica que a gente traçou no estado, priorizar e ele complementou aquilo que nós necessitávamos, o que é um avanço. O recurso que não era muito, mas contribuiu para que nós pudessemos alcançar o êxito que considero que nós temos hoje no estado.</p>
	<p><b>ESMS</b> - (...) De uma maneira global para o planejado, os <u>recursos financeiros</u> são suficientes, a programação foi compatível, (...) especificamente para o que a gente propôs sim, porque a gente até propôs em cima do que era disponível para gente, que era um milhão e seiscentos mil, mas é lógico que não é suficiente para um envolvimento de várias áreas.</p>
	<p><b>ESES</b> - Enquanto <u>resultados</u> obtidos, destacam-se: estruturação da unidade de epidemiologia de campo, grande ganho do projeto; instalação de laboratório para diagnóstico da raiva; (...) capacitações do Planvigi (cursos básicos de vigilância epidemiológica, especializações) e capacitações descentralizadas.</p>
	<p><b>ESMS</b> - Tenho dificuldade de falar se os <u>resultados</u> foram motivados apenas pelo Vigisus, porque acho que ele vem no bolo de outras iniciativas e discussões. Aqui na secretaria, como já falei, houve um planejamento interno, que levou a uma discussão global. (...) É lógico que o Vigisus, como um dos eixos, ampliando as possibilidades de aquisições, contribui muito para as questões de vigilância. A secretaria conseguiu dar um salto. (...) Quanto à vigilância e ao monitoramento, a SMS já vinha discutindo e trabalhando com banco de dados, discutindo promoção da saúde. Mas o Vigisus vem ajudando a estruturação das diferentes áreas, devendo destacar-se melhorias para a área de laboratório, principalmente em relação à leishmaniose, à entomologia para dengue. (...) Eu não posso dizer que é só ele, mas eu acho que no conjunto ele contribui.</p>
	<p><b>ESES</b> - (Relação das atividades com os indicadores) Acho adequada. Contudo, há alguns indicadores cuja meta é de difícil alcance, por exemplo o de cura da tuberculose.</p>
<p><b>ESMS</b> - Acredito que as <u>atividades impactaram nos indicadores</u> e, conseqüentemente, no cumprimento das metas. (...). Contudo, por exemplo, a notificação de casos com o encerramento oportuno, quando a gente consegue equipar de maneira mais adequada, fazer uma discussão de vigilância epidemiológica, com algumas capacitações dos técnicos, não ficando restritos apenas ao encerramento propriamente dos casos e discutindo muito mais do que isso, é lógico que vai impactando. A discussão tem de ser mais do que uma meta a ser cumprida, mas da ação de vigilância.</p>	

Tema 2: Realidade da intervenção	
<b>Questões:</b>	
1- Com vem se dando a implementação do Planvigi?	
2- Como vem se dando o monitoramento do Planvigi?	
Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
Identificação das atividades implementadas.	<p><b>ESES</b> - Fizemos uma opção de <u>executar</u>, no primeiro ano, aquilo que é factível, assim teríamos uma condição melhor. Por exemplo, o processo de aquisição de equipamentos previsto para o primeiro ano e parte do programado para o segundo, a gente conseguiu executar. Alguma coisa ficou para trás, até por força mesmo do processo de aquisição, que é demorado. Algumas atividades estão sendo, alteradas, mas dentro de uma lógica: da real necessidade do estado, hoje. Depois de quatro anos, a gente percebe que algumas atividades a gente teria que alterar para ficarem mais condizentes com a realidade. (...) (Em relação à reprogramação de atividades) (...) com certeza, o objetivo principal permanece. Algumas alterações são necessárias por força do próprio SPIV. Por exemplo, tem de haver um reajuste da programação financeira para que o sistema possa aceitar a execução. Isso porque trabalhou-se com estimativa e a execução pode ser maior ou menor que a estimativa feita. É preciso então recompor os valores. Com relação às capacitações, vivenciamos um grande problema, a rotatividade de pessoal, principalmente nos municípios. Você acaba de treinar e no mês seguinte o pessoal foi embora. Nos cursos de especialização, só vamos dar capacitação para quem é efetivo de município. E ele passa a ser multiplicador no município. Na reprogramação das capacitações, as pequenas atividades foram consolidadas em capacitações estratégicas na área de vigilância, como, por exemplo, o CBVE. (...) Com relação à execução financeira, pulamos rapidamente da situação de insuficiente para regular e acho que, até meados do ano que vem, devemos estar classificados na situação "Bom". A própria compreensão do gerente de epidemiologia em relação ao Vigisus aponta para isso.</p>
	<p><b>ESMS</b> - As atividades que foram programadas estão sendo <u>executadas</u>. Tivemos uma discussão global na secretaria e depois demos uma passada na questão do Vigisus. O desempenho financeiro não está tão adequado, mas as atividades estão sendo executadas com outros recursos. Quando foi iniciada a execução da programação, detectou-se que estava previsto um grande número de pequenas capacitações, em especial destinadas às equipes de saúde da família, o que está levando a discussões para definir se há necessidade de reprogramação. A reprogramação das atividades aconteceu no início da implementação do projeto, porque como a primeira liberação foi feita muito depois e algumas atividades já sido realizadas com recursos próprios do município. Tivemos mudanças em relação às aquisições de alguns itens. Estamos, agora, com outra relação para encaminhar, porque é tudo muito dinâmico, as coisas vão acontecendo e outras necessidades vão aparecendo.</p>
	<p><b>ESES</b> - Com relação aos critérios de distribuição dos recursos, a lógica não deveria estar restrita ao <i>per capita</i>. Deveria considerar, também, como um critério primordial, o número de municípios dos estados. (...) Eu acho que na área de capacitação descentralizada, aquelas programadas pelo Ministério, deveria haver uma maior flexibilidade, porque, percebe-se, hoje, que há superposição nas capacitações programadas pelo MS e por estados, em seu Planvigi.</p>
	<p><b>ESMS</b> - Para o Vigisus III, temos que colocar um volume muito menor de coisas a serem compradas, que reduzir a quantidade de atividades, se concentrando em ações mais estruturantes. (...) Temos que avançar nas capacitações, (...) Os cursos do Ministério precisavam ser melhor discutidos com estados e municípios, principalmente, com os municípios maiores, que têm um diferencial que o ministério tem que considerar, não dá para tratar todo mundo de maneira igual.</p>

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
<p><b>Monitoramento do Projeto.</b></p>	<p><b>ESES</b> - A SES viveu dois momentos: o primeiro, durante a elaboração dos Planvigi, no qual as regionais apoiaram os municípios; o segundo, durante a implementação dos Planvigi, em que as regionais estão envolvidas no acompanhamento da programação, principalmente no que diz respeito ao cumprimento das metas dos indicadores. O acompanhamento das regionais na execução financeira do Planvigi deixa a desejar, mas no que diz respeito às metas físicas não. Isso porque parte dos indicadores são os mesmos pactuados no teto financeiro e nos demais pactos. Isso facilita o acompanhamento. Paralelamente, a unidade de apoio técnico desta SES também realiza o acompanhamento, tanto físico quanto financeiro, sempre com a participação de técnico da regional correspondente. Mesmo com a dificuldade de distância, conseguimos realizar o monitoramento em todos os municípios, com o envolvimento dos secretários municipais e do pessoal da área de gestão das secretarias municipais. Dessa forma, eles passam a ter uma visão mais clara da importância da epidemiologia e da execução do Projeto. O Projeto não fica simplesmente como um recurso financeiro a mais. Tem um objetivo maior. . A SES participa, também, do processo de monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde. Portanto, são três processos de acompanhamento de municípios em relação à execução dos Planvigi.</p> <p><b>ESMS</b> -_O monitoramento do Planvigi aqui no município está inserido no acompanhamento do conjunto da Secretaria. Entretanto, temos que avançar institucionalmente, para uma avaliação descentralizada, em nível de distrito e local.</p>

<b>II . A proposta de avaliação</b>	
<b>Tema 1: Caracterização da proposta de avaliação do Projeto.</b>	
<b>Questões:</b>	
1- Quais a finalidade e o foco da avaliação?	
2- Qual o conhecimento sobre a sistemática de avaliação dos envolvidos no Projeto?	
3- A sistemática de avaliação é considerada adequada pelos atores envolvidos?	
4- Quais as expectativas sobre a avaliação?	
<b>Dimensão</b>	<b>Trechos selecionados das entrevistas</b>
<b>Escopo do desenho da proposta de avaliação.</b>	<p><b>ESES</b> - Sobre a avaliação do projeto, em princípio, a gente considera pertinente, mesmo porque foi resultado de uma ampla discussão, de uma forma consensual, com a participação de todos os estados. Nesse sentido, eu acho que cumpre o seu papel mas, na prática, a gente percebe algumas distorções. (...) Mesmo porque consta do Termo de Adesão. (...) Acho que as duas dimensões - técnica e financeira - são importantes. Não tem com desvincular uma da outra. Mas acho que tem de haver alguns ajustes. Acho muito relativo quando se diz que o estado ou o município é insuficiente, porque se desconhece toda a relação que existe entre a execução e o processo em si. São coisas distanciadas. É preciso ter algo que vai medir, porque senão as coisas não acontecem. Então ela é positiva e o instrumento está legal. Propõe de uma certa forma de penalizar entre aspas, ou premiar, o que acho importante</p> <p><b>ESMS</b> –( )Considerando a sistemática de avaliação do projeto, a nossa dificuldade está situada no desempenho financeiro. Há um descompasso entre ele e o desempenho físico. O tema é complexo: de um lado, é um equívoco atrelar desempenho físico e financeiro, porque, muitas vezes, o primeiro é bom independente do gasto. (...) Mais acho que é importante, porque senão você nunca vai criar essa estrutura para gasto, que muitas vezes não está ligada à estrutura administrativa das secretarias de saúde.</p>
<b>Expectativa dos envolvidos na avaliação.</b>	<p><b>ESES</b> - (...) Minha expectativa é positiva, pois acredito num bom desempenho do estado. Vale ressaltar que, as vezes, o estado é penalizado porque os resultados de seus indicadores refletem o conjunto dos municípios. E, no nosso caso, a diversidade entre eles é enorme.</p> <p><b>ESMS</b>-(...) Quanto ao uso dos resultados da avaliação, acho que o feedback é importante, como acontece com o monitoramento. (...) Quanto à questão do desempenho físico e financeiro juntos, acho que traz contribuições no sentido de reorganizar ou melhorar o processo de trabalho. É avaliando que você vai percebendo.</p>

<b>Tema 2: Adequação dos indicadores propostos.</b>	
Questões:	
1- Os indicadores selecionados na proposta são os mais adequados para avaliar o alcance dos objetivos?	
2- Os instrumentos e processos de sistematização das informações são adequados para a construção dos indicadores selecionados?	
<b>Dimensão</b>	<b>Trechos selecionados das entrevistas</b>
<b>Matriz de medida</b>	<b>ESES</b> - Os indicadores foram adequados, porque espelham o processo de saúde e doença no estado. Indicadores da vigilância ambiental,ok. Alguns outros têm problemas, não na seleção; eu acho que eles foram adequados no sentido de empurrar os estados a pensar numa outra lógica, por exemplo, o plano diretor da vigilância formatado. O indicador de cargos e salários também, embora nós consigamos isso, mas não por força do projeto, e sim por força de uma proposta do governo de estado, que avançou na questão de a sua avaliação. O segundo é a cobertura vacinal, porque há diferenças entre a meta do Vigisus e a da PAP, gerando distorções na avaliação de seu alcance. Em relação aos sistemas de informação, quero ressaltar os seguintes problemas: as inconsistências, a existência de bancos de dados paralelos para alguns agravos e a divergências entre os dados dos diferentes níveis de gestão
	<b>ESMS</b> - Em relação aos indicadores, confesso que eu tenho dificuldade em responder. Acho que é muito difícil quando se trabalha com um grande volume de indicadores, selecionar alguns que dêem conta de traduzir um projeto tão grande como o Vigisus, que abrange várias doenças transmissíveis, não transmissíveis, análise de situação de saúde e vigilância ambiental. É complicado você traduzir isso para um corpo pequeno de indicadores. O encerramento oportuno é importante porque fala de uma ação própria da vigilância. Meningite bacteriana por critério laboratorial é um indicador importante mais, basicamente da rede hospitalar. Vacina, eu acho que tem que entrar sem dúvida alguma. Tuberculose, acho que tinha que entrar, porque é de fácil tratamento, na maioria dos casos, e de fácil diagnostico, mas ainda é um problema para o País como um todo. Vigilância ambiental, acho que tinha que entrar alguma coisa e tinha que começar de alguma maneira, vigilância ambiental estruturada; agora é o momento de qualificar melhor. Causa definida, eu acho que é importante porque a gente tem que estar qualificando a informação, trabalhando com o IML e treinando o profissional. DANT estruturada, também acho que precisa ser melhor qualificada do que só a vigilância atuante. Inquérito de fatores de risco, acho que não deveria ter entrado porque é um indicador que o Ministério estava se propondo realizar. Também não vejo sentido no indicador de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde. O plano de integração das atividades de atenção básica e vigilância em saúde elaborado, esse sim é importante. Quanto à sistematização das informações, acho que, para todos os indicadores, o Ministério definiu uma linha de base muito baixa. (...) Os sistemas têm problemas e nós tomamos bomba. Um exemplo é o indicador da tuberculose, que vem sendo muito discutido por nós.

**APÊNDICE C - Matriz de Análise - Dirigentes da Secretaria de Vigilância em Saúde**

**I. A intervenção - O Planvigi**

**Tema 1:** Modelo teórico-lógico da intervenção adotada pelo Projeto Vigisus II por estados e municípios selecionados.

**Questão:** Qual o conhecimento sobre o processo de elaboração e execução dos Planos de Vigilância em Saúde (Planvigi) implementados por Secretarias de Saúde dos estados, capitais e municípios da equipe do nível central?

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
<p><b>Percepção dos envolvidos na gestão do projeto.</b></p>	<p><b>ENC1</b> - Participei do processo de elaboração do Planvigi, desde o seu início, da definição dos indicadores e de como seria o processo de acompanhamento de avaliação pela SVS. Acompanhei mais de perto o monitoramento da execução do bloco vigilância epidemiológica e controle de doenças. Sobre a execução das outras ações, como membro do colegiado, tinha informações, mas não acompanhava tão de perto. As ações de VE foram mais fáceis de serem avaliadas, porque integram outros instrumentos de programação, que a gente avaliava pela PPI. Os indicadores foram eleitos a partir daquelas ações que pudessem traduzir um impacto maior em relação ao investimento.</p>
	<p><b>ENC2</b> - (...) eu posso dizer que conheço não só em nível federal, mas também em relação a capitais e municípios. É importante desde já destacar que essa área tem particularidades diante das outras, talvez um pouco semelhante à indução da vigilância das doenças não transmissíveis, que são competências novas. O fato do Vigisus ter garantido recursos que obrigatoriamente teriam que ser utilizados em ações de estruturação da VSA, é um aspecto positivo. Contudo, existem várias limitações, entre elas destaca-se a as dificuldades para contratação de pessoal.</p>
	<p><b>ENC3</b> - (elaboração dos projetos) (...) eu participei, na época que iniciaram os processos, como gestor municipal. Assim, sou testemunha de que houve um processo de mobilização e indução por parte do Ministério da Saúde, com o envolvimento de todas as equipes da área de vigilância dos municípios, dos estados, para orientar como elaborar, como fazer análise da situação de saúde. Foi um processo educativo, de qualificar as pessoas dos municípios para elaborarem os seus projetos; então, acho que isso foi um aspecto muito positivo. Destacaria a forma como a SVS lidou, também, no sentido de retornar aos municípios os projetos que não estavam bem elaborados, que não estavam claros. Isso, também, foi um ponto bastante positivo, que qualificou a elaboração dos projetos dos municípios, no sentido deles estarem voltados para a questão da estruturação, da qualificação das ações de vigilância.</p>
	<p><b>ENC4</b> - (processo de elaboração e execução do Planvigi ) (...) ele foi extremamente rico, importante, mostrou que no SUS é praticamente impossível elaborar planos sem uma conjugação de esforços de governo, começando pela discussão que antecedeu a inauguração dos Planvigi, definição de critérios de alocação dos recursos e, antes disso, discussão, muito importante, com estados e municípios, com a participação ativa de representantes, por região, do CONASS e CONASEMS. Isso tudo, levou a um aporte de recursos além daqueles do VIGISUS II, recursos do teto financeiro de vigilância em saúde, para que a totalidade dos municípios elegíveis pudessem ser contemplados e não apenas os 147 formalmente elegíveis pelo Banco Mundial. Isso demandou oficinas regionais extremamente importantes e coordenadas pela SVS.</p>

	<p><b>ENC5</b> - (...) posso dizer que o VIGISUS II foi construído buscando uma maior atuação dos estados e dos municípios nas atividades referentes à vigilância em saúde. Como estratégia para subsidiar a elaboração dos planos, foram realizadas oficinas macrorregionais, que contaram com representantes de várias áreas da SVS para apresentar as orientações por linha de ação aos técnicos das secretarias estaduais e municipais para que tivessem a capacidade de reproduzir o modelo adotado pelo projeto. Todo projeto com financiamento de banco internacional, que se insere na rotina administrativa financeira no nível federal, nível estadual e municipal, pressupõe um esforço maior, porque existem objetivos muito bem definidos e prazos definidos. Reproduzindo um pouco o VIGISUS I e tentando buscar uma forma melhor de execução, fizemos algumas mudanças, mas ainda há muita dificuldade na execução desses projetos nos estados, principalmente pelo excesso de burocracia em todas as instâncias. Um aspecto positivo do Projeto Vigisus foi o fato de trabalhar com objetivos, com metas e com resultados. Isso fez com que se incorporassem outras rotinas nas secretarias e foi um indutor para a avaliação por resultados.</p>
--	---

<b>II . A proposta de avaliação</b>	
<b>Tema 1: Caracterização da proposta de avaliação do Projeto.</b>	

**Questões:**

- 1- Quais a finalidade e o foco da avaliação?
- 2- Qual o conhecimento sobre a sistemática de avaliação dos envolvidos no Projeto?
- 3- A sistemática de avaliação é considerada adequada pelos atores envolvidos?
4. Quais são as expectativas em relação ao uso dos resultados da avaliação do Projeto?

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
<b>Adequação da proposta de avaliação.</b>	<p><b>ENC1</b> - Do projeto Vigisus II, eu não conheço exatamente como esta sendo a sistemática de avaliação(...). Eu desconhecia que estava sendo feita conjuntamente (PPI + Planvigi). O monitoramento da PPI é uma prática ótima. É preciso regularizar a sistemática de monitoramento e trabalhar com instrumentos padronizados. Me parece que não é a sistemática da avaliação, talvez a prática de avaliação é que é problemática. Isso diz respeito às informações produzidas por nossas áreas técnicas. As queixas mais freqüentes referem-se ao preenchimento das informações do sistema, à sua regularidade. As vezes, o problema está nas próprias áreas técnicas, que não compreendem o monitoramento e a avaliação do Planvigi e da PPI como processos integrados e não redundantes.à medida em que esse processo for evoluindo, as áreas técnicas passarão a reconhecer sua importância.</p>



Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
Adequação da proposta de avaliação	<p><b>ENC1</b> - O monitoramento da programação pactuada e integrada, conjunta com o monitoramento do Vigisus, é um grande avanço, mas é necessário avançar mais ainda, que seja integrado com outros instrumentos de programação e de acompanhamento e avaliação das ações de saúde. Deveria haver para estados e municípios instrumento único, avaliando dimensões diferentes das ações de saúde e dos seus resultados. Todo mundo concorda com isso mas, quando a gente vai discutir, Vigisus III, Pacto de Gestão, PAP, ao invés de trabalhar no sentido de fazer essa síntese, a nossa prática é indicar mais indicadores. É um paradoxo e mostra as dificuldades que todos nós temos de buscar essa integração. Outra sugestão: a necessidade de trabalhar melhor com as áreas, em particular no sentido da compreensão do planejamento da SVS como um todo e os diferentes instrumentos de programação e, como consequência, os diferentes instrumentos de monitoramento e avaliação dos programas e dos planos, para termos a compreensão de que o resultado da ação vai ser um resultado global. Nenhum programa tem uma ação que é fruto somente daquele programa. Esse avanço ele só tem melhor resultado se o Ministério, como um todo, também usar da mesma lógica. A prática de avaliação, em especial na atenção básica, também avançou muito, eles trabalham nessa mesma lógica e investiram muito nesse sentido, mas isso precisa ter uma coordenação no Ministério, que trabalhe dentro dessa lógica. Na minha avaliação particular, aproveitar as experiências, da SVS e da Atenção Básica, não é porque sejam áreas de excelência, mas porque vêm trabalhando isso há mais tempo.</p>
	<p><b>ENC4</b> - Não tenho dúvida que temos que aprimorar essa sistemática de avaliação, a partir da avaliação de meio-termo. Devemos trazer pessoas externas à SVS, que conheçam bem a área, para demonstrar o resultado dessa avaliação e tentar aprimorá-la, porque não tenho nenhuma dúvida que esse é o futuro do monitoramento e da avaliação. Acho que a sua formatação não foi perfeita mas, considero que foi um passo importante, principalmente o processo de discussão interna na SVS, dos indicadores selecionados, porque todo corpo técnico foi envolvido, apesar dos problemas para apurar a sua evolução e a definição da linha de base. Mas foi importante a discussão da seleção de indicadores que seriam os marcadores de um bom desempenho da área de vigilância em saúde.</p>
	<p><b>ENC5</b> - Quanto à sistemática de avaliação adotada pelo projeto, acho que foi adequada porque o projeto VIGISUS veio como uma forma de fortalecer a atuação da vigilância em saúde junto aos estados e municípios, e já temos uma série de instrumentos, especificamente, de programação e de acompanhamento das ações de vigilância em saúde junto aos estados e municípios. Tanto é que houve a intenção e o acerto de manter os mesmos indicadores ou a maior parte deles igual ao que é utilizado na avaliação da aplicação dos recursos transferidos por intermédio do teto de vigilância, e por se tratar de um projeto de cooperação técnica internacional onde para execução do projeto é crucial para que você consiga comprovar que de fato o projeto é importante. Obviamente que a preocupação epidemiológica, técnica, para o cumprimento de metas é fundamental, mas a execução financeira deve ser considerada, até por conta da grande burocracia que existe no País.</p>
	<p><b>ENC2</b> - O aperfeiçoamento do processo vai ocorrer a partir da própria indução do que hoje concretamente, a SVS tem como uma de suas diretrizes, que é aproximar a vigilância da atenção básica, muito importante para ter integralidade. No caso específico da vigilância em saúde ambiental, eu diria que nós temos uma necessidade muito grande de aprimorar o mecanismo da gestão com a vigilância sanitária, porque, em muitos estados e capitais, a gestão maior de superintendência ou de direções ou de coordenações está no âmbito da vigilância sanitária.(...) Na área da vigilância ambiental, se não me engano, nesses últimos seis anos, foram feitos quatro encontros nacionais por ano, dos dirigentes de vigilância saúde. O que tem ajudado muito o processo de implementação das ações na área. Um mecanismo que eu daria destaque, que talvez possa ser um exemplo para ser avaliado pelas outras unidades da SVS, é a realização do inventário anualmente de todo esse processo de indução, ou seja, não só de estruturação, como também dos resultados, utilizando indicadores como referência.</p>

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
<b>Adequação da proposta de avaliação</b>	<p><b>ENC3</b> - Minha sugestão é que essa avaliação seja mais contínua e não depois que passam alguns anos do início do projeto, porque uma avaliação com acompanhamento mais contínuo possibilita correções ou até alerta ao gestor municipal ou gestor estadual. Por exemplo, para a pouca execução financeira e de forma a possibilitar ao Ministério pensar algum suporte que possa dar, assessoria ao município, no sentido de corrigir algumas distorções ou acelerar alguns processos para o cumprimento das metas do projeto. Outra sugestão é pensar alguns indicadores de processo mesmo, de como estruturar a vigilância, de como qualificar as ações de vigilância do município, e menos indicadores de impacto ou de resultados ou indicadores que dependem de dados, como esse de estimativas de óbitos populacionais.</p> <p><b>ENC4</b> - Acho que ainda temos um caminho importante para percorrer no sentido de fortalecer a capacidade da SES, de maneira geral, em apoiar os municípios e monitorar sistematicamente os indicadores junto aos municípios, no sentido de conseguir detectar as deficiências e, também, os avanços, para dar sustentabilidade às ações. Outra sugestão refere-se ao desafio de se escolher um número pequeno de indicadores que consigam marcar ou monitorar toda a amplitude da área de vigilância em saúde. Insisto na necessidade do fortalecimento da gestão, da capacidade de gestão, dos estados e municípios na área de vigilância e para isso a integração com a atenção básica é imprescindível.</p> <p><b>ENC5</b> - Alguns indicadores precisariam ser revistos, tanto tecnicamente, por conta de uma dificuldade que foi observada na hora de aferi-los, quanto para definir que municípios ou que beneficiários estariam aptos a entrar para segunda fase e ser beneficiado, por aquelas condições que colocamos na construção do projeto.</p>
<b>Expectativa dos envolvidos na avaliação.</b>	<p><b>ENC1</b> - (...) vai ser muito útil para identificar as dificuldades, Há uma evidência muito concreta de que essa avaliação está sendo realmente útil, ao mostrar o que melhorou em termos da execução da ação de vigilância em saúde nos estados e municípios. Esses indicadores vão ter que ser avaliados também em conjunto com outros indicadores ou atividades que estão sendo utilizados por outros instrumentos de programação. Daí a necessidade de se estar avaliando de uma forma conjunta vários instrumentos de programação, pois são complementares Alguns vão refletir ações e investimentos fora do âmbito do Vigisus e com outras fontes de financiamento.</p> <p><b>ENC2</b> - Um mérito muito grande do projeto como um todo é trazer a discussão da avaliação como uma necessidade na nossa prática. Outro mérito é o fato dele estar incorporado na mesma lógica do SUS, adequado ao tipo de gestão descentralizada adotada. Então, a chance de sustentabilidade, de incorporação e até mesmo a disputa de recursos para garantir continuidade do projeto fica muito mais fortalecida.</p> <p><b>ENC3</b> - (...) você avaliar um processo que é relativamente novo na SVS, é um processo novo de monitoramento e avaliação novo também no Ministério. Eu acho que isso traz ganho no sentido de fazer correções, de fazer ajustes na estratégia de monitoramento e avaliação. Outra expectativa é, por exemplo, a perspectiva de se ter o VIGISUS III, no qual poderia se ter instrumentos mais aprimorados para avaliação e o acompanhamento.</p> <p><b>ENC4</b> - (...) que ela seja efetivamente um instrumento para que nós tenhamos dados mais concretos, dados que possam ser colocados á mesa, e que vão ajudar em muito a discussão dos indicadores do VIGISUS III. Se, por ventura, o VIGISUS III não vier a ser concretizado, esses resultados são absolutamente importantes para a discussão que está na pauta do SUS, que é o pacto pela vida e as programações pactuadas integradas ou a programação de ações prioritárias. tenho certeza que vamos ter que trabalhar para uma questão voltada cada vez mais com indicadores de resultado do que de processo.</p> <p><b>ENC5</b> - Acredito que a avaliação é a melhor forma de buscar e conhecer os problemas, fornecer elementos para a análise dos mecanismos adotados, assim como subsidiar constante feedback para o aperfeiçoamento do trabalho... Utilizar a experiência acumulada ao longo do Projeto para melhorar o apoio aos estados e municípios em identificar formas mais eficientes e ágeis para a execução dos recursos financeiros e cumprimentos das metas.</p>

**Tema 2: Adequação dos indicadores propostos.**

Questões:

- 1- Os indicadores selecionados na proposta são os mais adequados para avaliar o alcance dos objetivos?
- 2- Os instrumentos e processos de sistematização das informações são adequados para a construção dos indicadores selecionados?

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
Matriz de medida	<p><b>ENC1</b> - Quanto à seleção dos indicadores da área de vigilância epidemiológica e controle de doenças, de forma geral, foram adequados por serem indicadores que buscam avaliar um conjunto de ações, ações integradas. Por exemplo, o de encerramento oportuno é um indicador sensível porque mede e avalia diferentes sistemas de informação de vigilância das diferentes doenças, e não somente à questão de informação. Ele avalia informação, investigação e, eventualmente, a medida de controle e tratamento, ou seja, todas as dimensões de um programa, incluindo o laboratório. Se o desempenho da ação de qualquer um desses componentes não for bom, sua avaliação seria negativa. Esse é um exemplo de indicador dos mais relevantes, aquele que a gente busca como indicador-chave. O indicador de cobertura vacinal tetravalente, como é desagregado por município, pega um ponto fundamental que é a homogeneidade. Como a tetravalente é uma vacina importante, que se busca alcançar boas coberturas de forma homogênea, o estado que tenha bom percentual de municípios com uma boa cobertura, provavelmente tem boas coberturas para outras vacinas. Na época de elaboração do Vigisus, buscou-se não selecionar indicadores que avaliassem programas e ações específicas, mas programas e ações que fossem transversais ou que fossem integrados, como esses dois exemplos que eu citei. Talvez um dos indicadores que, na época, a gente achava que era uma questão muito particular foi com relação à regularidade do banco de dados... Como, naquela época, a gente estava com sérios problemas de alimentação das informações, buscamos recuperar e comprometer estados e municípios com esse indicador. Hoje ele não tem tanta importância. Outro indicador que merece destaque pela sua relevância é o de “casos novos curados de tuberculose”, que é, necessariamente, influenciado pela integração de vigilância e atenção, principalmente a atenção básica. Ele serve para medir se está havendo ou não essa integração.</p> <p><b>ENC2</b> - Quanto à seleção de indicadores para a área de vigilância ambiental, os indicadores adotados são de processo, de estruturação. Não temos nenhum indicador que seja para medir o fator ambiental que nós queremos estar monitorando. Acredito que foi uma escolha adequada, porque no caso específico da vigilância da qualidade da água, carro chefe, é uma atividade generalizada que todos os estados têm que fazer, diferentemente do solo contaminado ou algum outro elemento.</p>
	<p><b>ENC3</b> - Para a área de análise de situação de saúde e doenças e agravos não transmissíveis, participei da seleção de seus indicadores. A gente procurou escolher indicadores que de certa forma tivessem relacionados às prioridades da área. Por exemplo, qualificação e cobertura do sistema de informação, já tinha na PPI e também no PAT, priorizou-se esse recorte na hora de selecionar os indicadores. Na área de DANT: estruturar a área nos municípios e estados: o indicador era voltado para a estruturação; na área de informação: qualificar os sistemas de informação: SIM e SINASC.(COMO ASSIM?)</p>

Dimensão	Trechos selecionados das entrevistas
Matriz de medida	<p><b>ENC4</b> - A seleção dos indicadores tentou considerar dois aspectos: 1- identificar indicadores marcadores de cada uma das áreas ou subáreas de vigilância em saúde, de forma a definir um elenco enxuto e sensível; 2- adotar indicadores que estivessem na PPI-VS, evitando a sobreposição de indicadores. Um problema vivenciado foi a falta de maturidade das áreas técnicas, que defendiam o estabelecimento de indicadores específicos, pois só assim se sentiam priorizadas. Vale ressaltar que a vigilância epidemiológica e o controle de doenças têm parâmetros mais objetivos para acompanhá-los. Contudo, algumas áreas que a gente implantou com objetivo de ampliar o escopo da vigilância, por exemplo, vigilância ambiental e vigilância de agravos e doenças não transmissíveis, exigiram indicadores de processo de forma a possibilitar o acompanhamento de sua estruturação. Em relação ao fortalecimento da gestão, a questão é ainda mais complicada, porque há coisas que não estão sob a governabilidade, nem da SVS, nem da SES. Um exemplo é o plano diretor para a área de vigilância em saúde aprovado e o plano de cargo, carreira e salário. Muitas vezes, o secretário de estado da saúde ou secretário municipal de saúde não tem autonomia ou flexibilidade para garantir a sua implementação. Acho que, principalmente, esses dois indicadores, plano diretor e plano de cargos e salário, foram uma tentativa, e continua sendo, de induzir os estados a fazê-los. A questão dos agentes capacitados no novo modelo de vigilância em saúde era uma tentativa, e continua sendo, de aprimorar esse processo de horizontalização das ações de vigilância em saúde. Por fim, quero registrar que o indicador “unidade federada e município de capital com plano de integração da atenção básica e VS elaborada”, na verdade, é uma tentativa extremamente importante para integrar a atenção básica e a vigilância em saúde, que não podem, de forma nenhuma, estar dissociadas.</p> <p><b>ENC5</b> - Participei da escolha ou da definição e aprovação dos indicadores. Obviamente, respeitando o enfoque técnico, procurava avaliar algumas facilidades administrativas e financeiras que poderiam interferir no processo. Alguns indicadores de processo que foram utilizados no VIGISUS I, foram fortalecidos com o VIGISUS II, especificamente, vigilância ambiental, no sentido de avaliar a sua estruturação.</p>

## **8- ANEXOS**

## ANEXO A – INSTRUMENTOS COM COMPROMISSOS ÉTICOS

(Timbre da instituição)

### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Secretário (a) da Secretaria de Saúde de -----, autorizo a realização da pesquisa sobre a avaliabilidade do Projeto Vigisus II, na instituição que dirijo. A referida pesquisa é de autoria da aluna Sônia Maria Feitosa Brito, orientada pela prof<sup>a</sup> Gerluce Alves Pontes da Silva, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecido (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes.

-----, ----- de ----- de -----.

-----  
Assinatura do Secretário (a), com carimbo.



**Universidade Federal da Bahia**

**Instituto de Saúde Coletiva**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela,-  
Salvador - Bahia, Brasil 40 110 140

TEL (71) 3283 7410 FAX (71) 3283 7402

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O presente projeto de mestrado profissional em Epidemiologia em Serviços de Saúde, da autoria de Sônia Maria Feitosa Brito, sob a orientação da prof<sup>a</sup>. Gerluce Alves Pontes da Silva, tem por objetivo aferir a avaliabilidade do Projeto Vigisus II implementado por estados e municípios.

**Procedimentos:** A coleta dos dados implicará

- na realização de análise dos documentos institucionais da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, e de Secretarias de Saúde de estados e municípios selecionados;
- na realização de entrevistas, com base em roteiro semi-estruturado, com dirigentes da SVS e a técnicos das Secretarias de Saúde de estado, capital e município selecionado; e,
- no processamento e coleta de dados em sistemas de informação.

As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. Elas serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. Para fins acadêmicos, os resultados serão apresentados, também, sob a forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo respondente a qualquer momento, sem acarretar nenhum prejuízo para o mesmo. Cumpre esclarecer, também, que a participação não envolve benefício direto ao respondente. Não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) sr. (sra.) terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas: Sônia Maria Feitosa Brito, que pode ser encontrada no Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala 104, Brasília, Distrito Federal, CEP 70 058 900, tel (061) 3315-3382, e-mail: [sonia.brito@saude.gov.br](mailto:sonia.brito@saude.gov.br).



**Universidade Federal da Bahia**

**Instituto de Saúde Coletiva**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela,  
Salvador - Bahia, Brasil 40 110 140

TEL (71) 3283 7410 FAX (71) 3283 7402

## **DECLARAÇÃO**

Eu, ----- acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa sobre estudo de avaliabilidade do Projeto Vigisus II implementado por estados e municípios. Discuti com a pesquisadora responsável, Sônia Maria Feitosa Brito, sobre minha decisão em participar da referida investigação.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em consentir minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

-----, ---- de ----- de-----

-----

Assinatura do informante

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido deste informante para a sua participação neste estudo.

-----

Sônia Maria Feitosa Brito  
Pesquisadora responsável



## ANEXO B – Ponderação de Indicadores para Avaliação de Desempenho

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

Proposta de ponderação dos indicadores de desempenho do projeto VIGISUS II conforme recomendações do Colegiado da Secretaria de Vigilância em Saúde em reunião de 9 de agosto de 2004

### I - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS SECRETARIAS DE SAÚDE DOS ESTADOS

#### Metodologia

Conforme o resultado do indicador, a pontuação é atribuída em três categorias definidas:

Tabela 1: Pontuação do resultado

Pontuação	Resultado do indicador
0	Não apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação a linha de base, estando abaixo da meta.
1	Permaneceu abaixo da meta, <b>MAS</b> apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base
2	Atingiu a meta ou manteve-se acima ou igual a meta estabelecida para o período analisado

Para cada indicador um peso é adotado, considerando critérios técnicos de cada área responsável pelas ações dos indicadores:

#### **Indicadores de desempenho das unidades federadas: peso por indicador e subcomponente**

TABELA 2: Peso dos indicadores

Indicador	Peso	
	Por indicador	Somatória por Subcomponente
<b>Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças</b>		
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	1,00	5,00
2. Percentual de casos de meningites bacterianas	1,20	
3. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.	1,20	
4. Percentual de casos novos curados de tuberculose.	1,20	
5. Percentual de municípios com remessa do banco de dados	0,40	
<b>Vigilância Ambiental em Saúde</b>		
6. Secretaria Estadual da Saúde com vigilância ambiental em saúde estruturada*.	1,00	1,00

<b>Análise de Situação de Saúde e Vigilância de DANT</b>		
7. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre	0,70	1,50
8. Percentual de óbitos com causas segundo os grandes grupos da CID 10	0,80	
9. Unidades federadas com sistema de vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis-DANT estruturada***.	0,70	1,50
10. Unidade federada com município de capital com vigilância de fatores de risco comportamentais em escolares	0,80	
<b>Fortalecimento Gestão</b>		
11. Unidade federada com Plano Diretor para a área de Vigilância em Saúde aprovado pela Secretaria de Vigilância	0,20	1,00
12. Unidade federada com Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da Vigilância em Saúde elaborado.	0,30	
13. Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde.	0,20	
14. Unidade federada e município de capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde elaborado.	0,30	

\*Considera-se vigilância ambiental em saúde (VAS) estruturada quando existir uma norma instituindo a VAS e suas competências, de acordo com a Instrução Normativa de nº 01 da FUNASA, de 25/9/2001 (indicador intermediário); equipe técnica de âmbito central (indicador intermediário) e elaboração de 2 relatórios anuais de vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano (indicador finalístico).

\*\* Segundo o DASIS: "A linha de base deste indicador somente poderá ser avaliada após divulgação pelo IBGE das estimativas da taxa bruta de mortalidade para as capitais"

\*\*\* Entende-se por um sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis-DANT estruturado, se há: 1) produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios; 2) produção de um relatório com análise de fatores de risco para DANT.

Avalia-se o desempenho de cada unidade federada, capital e município contemplado pelo projeto, classificando-o como bom, regular e insuficiente de acordo com o total de pontos obtidos que é calculado como segue:

**1- Para calcular o intervalo de Pontuação:** Multiplica-se a pontuação de cada indicador (pontuação que varia de 0 a 2) pelo peso obtido do resultado (peso que varia de 0,20 a 1,20). Em seguida, somam-se os produtos, transformando o resultado em pontos percentuais conforme mostra a tabela abaixo, ou

**2- Para calcular o percentual de desempenho** = [Somatória (pontuação do resultado recebido para cada indicador \* peso do indicador) / 20] x 100

**Onde:**

A pontuação do resultado para cada indicador pode variar de 0 a 2 (TABELA 1);

O peso atribuído a cada indicador pode variar de 0,20 a 1,20 (TABELA 2);

O valor 20 é o valor máximo de desempenho possível de ser obtido nesta avaliação;

O numerador é multiplicado por 100 para cálculo do percentual de desempenho atingido.

**Acompanhamento de desempenho das unidades federadas  
Equivalência dos pontos obtidos na avaliação ponderada**

<b>Intervalo de Pontuação</b>	<b>Percentual de Desempenho</b>	<b>Classificação de Desempenho</b>
≥ 18 a 20	≥ 90% a 100%	Bom
≥10 a <18	≥ 50% a 89%	Regular
< 10	< 50%	Insuficiente

Abaixo se exemplifica a ponderação de uma melhor situação possível se todos os indicadores atingissem e ou mantivessem a meta.

**Indicadores de desempenho das unidades federadas: simulação de resultado máximo possível  
(melhor situação)**

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação do resultado do indicador</b>	<b>Peso do indicador</b>	<b>Valor final máximo*</b>
<b>Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças</b>			
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação,	2,00	1,00	5,00 10,00
2. Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	2,00	1,20	
3. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores	2,00	1,20	
4. Percentual de casos novos curados de	2,00	1,20	
5. Percentual de municípios com remessa regular do banco de dados do SINAN.	2,00	0,40	
<b>Vigilância Ambiental em Saúde</b>			
6. Secretaria Estadual da Saúde com vigilância ambiental em saúde estruturada.**	2,00	1,00	1,00 2,00
<b>Análise de Situação de Saúde e Vigilância de DANT</b>			
7. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre mortalidade – SIM.	2,00	0,70	1,50 3,00
8. Percentual de óbitos com causas segundo os grandes grupos da CID 10	2,00	0,80	
9. Unidades federadas com sistema de vigilância de Doenças e Agravos Não	2,00	0,70	1,50 3,00
10. Unidade federada com município de capital com vigilância de fatores de risco comportamentais em escolares implantada.	2,00	0,80	

<b>Fortalecimento da Gestão</b>				
11. Unidade federada com Plano Diretor para a área de Vigilância em Saúde aprovado pela Secretaria de Vigilância em Saúde.	2,00	0,20	1,00	2,00
12. Unidade federada com Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da	2,00	0,30		
13. Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em	2,00	0,20		
14. Unidade federada e município de capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em	2,00	0,30		
<b>Valor final máximo</b>				<b>20,00</b>

\*O valor final é obtido da multiplicação da pontuação do indicador pelo peso do indicador.

\*\*Considera-se vigilância ambiental em saúde (VAS) estruturada quando existir uma norma instituindo a VAS e suas competências, de acordo com a Instrução Normativa de nº 01 da FUNASA, de 25/9/2001 (indicador intermediário); equipe técnica de âmbito central (indicador intermediário) e elaboração de 2 relatórios anuais de vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano (indicador finalístico).

\*\*\* Entende-se por um sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis-DANT estruturado, se há: 1) produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios; 2) produção de um relatório com análise de fatores de risco para DANT.

O menor valor final possível é igual a zero, na situação em que ao se verificar o resultado do indicador, constata-se que a meta não foi atingida e ou o indicador não apresentou melhora em relação à linha de base, recebendo pontuação zero. E a pontuação zero ao ser multiplicada pelo peso do indicador resulta em valor nulo.

## **II- Avaliação de Desempenho das Capitais**

A avaliação de desempenho das capitais considera a mesma pontuação atribuída aos resultados dos indicadores de desempenho das unidades federadas, ou seja:

**Tabela 1 – Pontuação do Resultado**

<b>Pontuação</b>	<b>Resultado do indicador</b>
0	Não apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação a linha de base, estando abaixo da meta.
1	Permaneceu abaixo da meta, <b>MAS</b> apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base
2	Atingiu a meta ou manteve-se acima ou igual a meta estabelecida para o período analisado

Da mesma forma, os pesos atribuídos a cada indicador permanecem os mesmos, havendo mudança do valor máximo possível em função de os indicadores das capitais serem em número de 12, enquanto os das unidades federadas somam 14.

### **Indicadores de desempenho das capitais: peso por indicador e subcomponente**

**Tabela 2 – Peso dos Indicadores**

<b>Indicador</b>	<b>Peso</b>	
	<b>Por indicador</b>	<b>Somatória por subcomponente</b>
<b>Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças</b>		
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	1,00	5,00
2. Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	1,20	
3. Município com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.	1,20	
4. Percentual de casos novos curados de tuberculose.	1,20	
5. Município com remessa regular do banco de dados do	0,40	
<b>Vigilância Ambiental em Saúde</b>		
6. Secretaria Municipal da Saúde da capital com vigilância ambiental em saúde estruturada.	1,00	1,00
<b>Análise de Situação de Saúde e Vigilância de DANT</b>		
7. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre mortalidade – SIM.	0,70	1,50
8. Percentual de óbitos com causas segundo os grandes grupos da CID 10	0,80	
9. Município da capital com sistema de vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis-DANT	0,70	1,50
10. Município da capital com vigilância de fatores de risco comportamentais em escolares implantada.	0,80	

<b>Fortalecimento da Gestão</b>		
11. Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde.	0,20	0,50
12. Município de capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em	0,30	

\*Considera-se vigilância ambiental em saúde (VAS) estruturada quando existir uma norma instituindo a VAS e suas competências, de acordo com a Instrução Normativa de nº 01 da FUNASA, de 25/9/2001 (indicador intermediário); equipe técnica de âmbito central (indicador intermediário) e elaboração de 2 relatórios anuais de vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano (indicador finalístico).

\*\*Entende-se por um sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis-DANT estruturado, se há: 1) produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região das taxas de internação hospitalar e mortalidade para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios; 2) produção de um relatório com análise de fatores de risco para DANT.

O valor máximo possível é de 19 pontos (9,5 x 2) na avaliação das capitais. A transformação dos pontos da ponderação em pontos percentuais é mostrada na tabela abaixo.

**Acompanhamento de desempenho das capitais**  
**Equivalência dos pontos obtidos na avaliação ponderada**

<b>Intervalo de Pontuação</b>	<b>Percentual de Desempenho</b>	<b>Classificação de Desempenho</b>
≥17 a 19	≥90% a 100%	Bom
≥9,5 a < 17	≥ 50% a 89%	Regular
< 9,5	< 50%	Insuficiente

### **III-AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS MUNICÍPIOS QUE NÃO SÃO CAPITAIS**

A avaliação de desempenho dos municípios considera a mesma pontuação atribuída aos resultados dos indicadores de desempenho das unidades federadas e capitais, ou seja:

Tabela 1 – Pontuação do Resultado

<b>Pontuação</b>	<b>Resultado do indicador</b>
0	Não apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação a linha de base, estando abaixo da meta.
1	Permaneceu abaixo da meta, MAS apresentou tendência de melhora do indicador no período analisado em relação à linha de base
2	Atingiu a meta ou manteve-se acima ou igual a meta estabelecida para o período analisado

Os pesos atribuídos a cada indicador permanecem os mesmos reportados para os indicadores das unidades federadas e capitais, diferindo o valor máximo possível em função de os indicadores dos municípios serem em número menor (8).

#### **Indicadores de desempenho dos municípios: peso por indicador e subcomponente**

Tabela 2 – Peso dos Indicadores

<b>Indicador</b>	<b>Peso</b>	
	<b>Por indicador</b>	<b>Somatória por subcomponente</b>
<b>Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças</b>		
1. Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.	1,00	5,00
2. Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	1,20	
3. Município com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.	1,20	
4. Percentual de casos novos curados de tuberculose.	1,20	
5. Município com remessa regular do banco de dados do	0,40	
<b>Análise de Situação de Saúde e Vigilância de DANT</b>		
6. Percentual de cobertura do sistema de informação sobre mortalidade – SIM.	0,70	1,50
7. Percentual de óbitos com causas segundo os grandes grupos da CID 10	0,80	
<b>Fortalecimento da Gestão</b>		
8. Município com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde elaborado.	0,30	0,30

O valor máximo possível é de 13,6 pontos (6,8 x 2) na avaliação dos municípios. A transformação dos pontos da ponderação em pontos percentuais é mostrada na tabela abaixo.

**Acompanhamento de desempenho dos municípios**  
**Equivalência dos pontos obtidos na avaliação ponderada**

<b>Intervalo de Pontuação</b>	<b>Percentual de Desempenho</b>	<b>Classificação de Desempenho</b>
$\geq 12$ a 13,6	$\geq 90\%$ a 100%	Bom
$\geq 6,8$ a $< 12$	$\geq 50\%$ a 89%	Regular
$< 6,8$	$< 50\%$	Insuficiente