

1 INTRODUÇÃO

A descentralização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS consignada na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei nº. 8080/90 cuja operacionalização tem provocado mudanças nas funções das três esferas de governo quanto à gestão do sistema de saúde. A descentralização pode ser entendida como uma forma de

redistribuir poder e responsabilidade entre as três esferas de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade, garantir maior controle e fiscalização pelos cidadãos (CUNHA, 2001, p.).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) argumentam que, durante a década de 90, a descentralização possibilitou a transferência de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros da esfera federal às demais esferas; a expansão e a reorganização da rede de serviços de saúde; a definição de mecanismos de negociação entre as três esferas de governo, proporcionando um aumento de capacidade de gestão, e ainda favoreceu a participação de vários atores na definição e execução da política de saúde.

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS vem ocorrendo por meio de várias regulamentações estabelecidas pela esfera federal. Na década de 90, foram editadas quatro normas, as Normas Operacionais Básicas - NOBs 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, que explicitavam os mecanismos de adesão dos entes federados ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Além disso, representaram também uma “racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais” (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

A NOB 01/96 definiu diretrizes para o modelo assistencial da saúde a ser implementado no SUS e destacou aspectos relacionados à vigilância epidemiológica, sanitária e controle de doenças, com a indicação de recursos financeiros para estas áreas, a serem transferidos pela modalidade fundo a fundo, mudando a lógica de repasse, que até aquele momento se dava por meio de celebração de convênio entre a União e as demais esferas de governo.

A NOB 01/96 estabeleceu também a Programação Pactuada Integrada da Assistência e da Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças como um instrumento necessário ao planejamento das ações de saúde, devendo a

programação observar os princípios da integralidade das ações de saúde e direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1996).

A NOB 01/96 é o primeiro instrumento legal relacionado ao processo de descentralização que faz referência à área de vigilância. Sua edição possibilitou um cenário institucional favorável para que as três esferas de governo pudessem pactuar instrumentos que viabilizassem a descentralização efetiva das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, que, até o momento, estavam sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde – Funasa (SILVA JUNIOR, 2004).

O processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças passou a ocorrer mediante a certificação dos estados e municípios, a partir dos critérios definidos na portaria GM nº 1399/99.

Esta referida portaria também definiu a Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD como instrumento de planejamento das ações e de acompanhamento das metas da área de vigilância epidemiológica e controle de doenças, que deveria ser pactuado pelas três esferas de governo nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite¹. A implantação da PPI-ECD, junto aos estados e municípios, vai se efetivar a partir de 2000, constituindo-se, anualmente, em pactuação entre as três esferas.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM nº. 1172/2004 (anexo 1), revogando a portaria GM nº1399/99. A expressão “vigilância epidemiológica e controle de doenças foi substituída por “vigilância em saúde”. Esta portaria estabeleceu as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal e definiu novos estratos de financiamento para a área de vigilância em saúde, passando a ser quatro. Reforçou a Programação Pactuada Integrada como instrumento de planejamento e acompanhamento das ações de vigilância em saúde que passou a se chamar de Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI VS, preservando a mesma finalidade e conteúdo da PPI – ECD².

1 As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são instâncias de negociação e articulação entre os gestores do SUS, sendo a Bipartite integrada paritariamente por dirigentes estaduais e municipais e a Tripartite por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais – Conass e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems. (BRASIL, 1993).

2 Atualmente, a PPI VS é denominada de Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde, de acordo com a portaria GM nº 91/2007.

A construção anual da PPI VS se dá de acordo com a Instrução Normativa nº01/2003 (anexo 2). As ações e metas prioritárias da vigilância em saúde elaboradas pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS que irão compor a PPI VS são apreciadas no Grupo Técnico da Vigilância em Saúde e submetidas à homologação na CIT. A SVS apresenta as metas de cada ação por Unidade Federada, que tem um prazo para se pronunciar formalmente sobre a proposta. Caso não haja manifestação por parte da Secretaria Estadual de Saúde considera-se aprovada as metas propostas pela SVS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, de posse das ações e metas estaduais definidas para a PPI VS, promovem a pactuação com as Secretarias Municipais de Saúde, apresentam o resultado nas CIBs e encaminham a homologação da pactuação da PPI VS para a SVS.

Nesta mesma Instrução Normativa, foram explicitados os procedimentos de supervisão, acompanhamento e avaliação da PPI VS. Em consequência deste processo, surgiu, por parte da SVS, a necessidade de monitorar as ações de vigilância em saúde definidas na PPI VS. Ressalta-se que embora a Instrução Normativa apresente os procedimentos de acompanhamento da PPI VS, a SVS vai chamar este processo de trabalho de monitoramento das ações de vigilância em saúde.

Em 2003, a SVS forma um grupo de técnicos com a finalidade de “prestação de apoio e cooperação técnica na construção do sistema de vigilância em saúde nos Estados e Municípios e a realização da avaliação e controle da execução das ações pactuadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), criando dois instrumentos de base para avaliação – Roteiro de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde com um instrutivo para seu preenchimento e o Relatório Síntese de Monitoramento que é encaminhado oficialmente para os gestores estaduais e municipais (anexos 3 e 4).

A prática de monitoramento das ações de vigilância em saúde definidas na PPI VS, desencadeada pela SVS, trouxe uma demanda para a organização do acompanhamento dessas ações pelas secretarias estaduais de saúde, na medida em que a avaliação do alcance das metas das SES está atrelada à execução das ações pelas Secretarias Municipais de Saúde. Em 2005, do total de 31 ações da PPI VS avaliáveis, de acordo com o roteiro de monitoramento federal, 23 eram de execução direta dos municípios. Vale ressaltar que uma

das ações pactuadas anualmente é “supervisionar a PPI VS dos municípios” exigindo a realização desta ação por parte das SES para o alcance desta meta.

Em 2005, a SVS produziu uma avaliação pontual do processo de monitoramento da PPI VS realizado pelas unidades federadas e Distrito Federal, mediante a análise dos roteiros e relatórios sínteses (anexo 5). Observou-se que 26 secretarias estaduais de saúde acompanhavam as ações de vigilância em saúde em seus territórios. A periodicidade desse acompanhamento variou entre semanal, trimestral, semestral e anual. A maioria informou a existência de equipe para realizar esse acompanhamento, embora não fosse exclusiva para essa atividade, com exceção de uma SES. Com relação às formas do acompanhamento, foram registradas supervisão, análise de relatórios e realização de oficinas específicas. Esse acompanhamento, em muitas situações, era entendido como monitoramento.

Entretanto, nos relatórios da SVS, não fica explícito se a prática de monitoramento estadual da PPIVS tem objetivos definidos claramente, quais são as ações desenvolvidas, quais os limites e possibilidades deste monitoramento, quais as implicações ou conseqüências desse monitoramento na rotina de trabalho da vigilância em saúde das SES e qual a pergunta que precede a prática de monitoramento, considerando que toda avaliação deve ser orientada por uma pergunta condutora. Também, não há registro se o monitoramento ou acompanhamento das ações de vigilância em saúde no âmbito das SES já existia antes do advento da pactuação da PPI VS, considerando as dificuldades das secretarias estaduais e municipais de incorporarem o monitoramento e avaliação como uma prática cotidiana da gestão.

No entanto, as SES cada vez mais demonstram interesse em desenvolver a prática de monitoramento, pois esta permite visualizar as dificuldades, possibilidades e providências necessárias ao desenvolvimento das ações de vigilância em saúde e pode ser caracterizada como uma intervenção. A intervenção pode ser um programa, um projeto, uma técnica, uma organização, uma prática (CONTANDRIOPOULOS, CHAMPAGNE, DENIS E PINEAULT, 2000). É constituída por cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeito e contexto num dado momento, e, não se pode perder de vista os atores envolvidos com a intervenção.

Uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação: a normativa que consiste em estudar cada um dos componentes da intervenção em relação às normas e critérios definidos ou a pesquisa avaliativa que estuda os componentes da intervenção utilizando procedimentos científicos (CONTANDRIOPOULOS, CHAMPAGNE, DENIS E PINEAULT, 2000)

Neste sentido, a avaliação pontual realizada pela SVS, em 2005, sobre as práticas de monitoramento estadual da PPI VS apontou a necessidade de se proceder a uma apreciação da avaliabilidade de tal prática ou desta intervenção, para obter uma melhor compreensão sobre sua concepção e lógica de funcionamento e recomendar o foco de futuras avaliações.

A literatura especializada sobre a avaliação em saúde tem apontado a crescente necessidade da incorporação da avaliação das ações de saúde como um procedimento do cotidiano da gestão e como indispensável para a tomada de decisão (TANAKA e MELO, 2004, FELISBERTO, 2006).

Cada vez mais os gestores do SUS têm demonstrado interesse em incorporar o monitoramento das ações de saúde na rotina de trabalho, pois as informações produzidas possibilitam avaliar as condições da gestão e subsidiam a tomada de decisão. Existe um esforço das três esferas de governo de se institucionalizar a “cultura de monitoramento e avaliação” das ações de vigilância em saúde. No entanto, observa-se pouco conhecimento sistematizado sobre o monitoramento estadual da PPI VS.

Dada a complexidade de proceder a estudos de avaliabilidade de modo simultâneo em 26 estados da federação, propõe-se desenvolver e aplicar uma proposta de aferição de avaliabilidade em uma unidade federada considerada exemplar quanto ao desenvolvimento da prática de monitoramento estadual da PPI VS, de modo a caracterizar seu funcionamento, identificando as dimensões desta intervenção que podem ser aprimoradas e que requerem avaliação. Espera-se que o conhecimento produzido possa contribuir com o fortalecimento da cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais, com vistas ao aperfeiçoamento do monitoramento estadual da PPI VS no país.

Portanto, esse estudo tem como objetivo geral aferir a avaliabilidade da prática de monitoramento estadual da PPI-VS em uma unidade federada e como objetivos específicos: identificar os objetivos da prática de monitoramento estadual da PPI VS; descrever as atividades desenvolvidas pelo

monitoramento estadual da PPI VS; elaborar o modelo lógico do monitoramento estadual da PPI VS; identificar dimensões para a melhoria da prática de monitoramento estadual da PPI VS e identificar aspectos críticos dessa prática que indiquem o foco de futuras avaliações.

2 MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE APRIMORAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O processo de descentralização das ações de vigilância apresentou uma demanda de organização e gestão destas ações por parte dos estados e municípios. A PPI VS surgiu como um instrumento norteador deste processo na medida em que poderia integrar as diversas áreas da vigilância (epidemiológica, ambiental e sanitária) no processo de planejamento.

O planejamento e a programação vêm sendo adotados no âmbito do SUS como ferramentas de organização e de gestão do trabalho em saúde (PAIM, 2002). Segundo Schraiber *et al* (1999), o planejamento é uma técnica de organização, gestão e avaliação, a qual os gestores do SUS podem recorrer para que as ações de saúde produzidas estejam vinculadas aos princípios inscritos nas políticas de saúde.

A programação pode ser entendida como um momento do planejamento, que não tem exclusividade técnico-administrativa, possui natureza política, pois é conduzida por atores sociais e tem uma direcionalidade para resolver problemas (RIVERA, 1992). Para Schraiber, (1990) programação é uma técnica de planejamento e se traduz como um modelo operatório das práticas de saúde,

De acordo com documento do Planeja SUS, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), a programação é um instrumento de operacionalização do Plano de Saúde, define as ações, metas e recursos financeiros anualmente, tendo como pressuposto os objetivos e diretrizes do Plano de Saúde. A PPI VS é um instrumento de programação anual que contem as ações prioritárias, os parâmetros e metas da vigilância em saúde organizadas em módulos³ a serem cumpridas pelos estados e municípios, mediante um processo de pactuação

³ Os módulos são: notificação de doenças e agravos; investigação epidemiológica; diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública; vigilância ambiental; vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses; controle de doenças; imunizações; monitorização de agravos de relevância epidemiológica; elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia; alimentação e manutenção de sistemas de informação; acompanhamento da PPI VS; ações de vigilância sanitária (Instrução Normativa, SVS nº 01/2003)

entre as três de esferas governo. A PPI VS é a referência para o monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde, na medida em que explicita critérios e padrões para emissão de julgamento de valor sobre essas ações.

Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre o monitoramento da PPI VS, observa-se uma miscelânea de definições ou conteúdos sobre monitoramento, ora denominado de acompanhamento, ora de supervisão e ora de avaliação das ações de vigilância em saúde.

Na literatura, a supervisão é considerada como uma prática realizada por um especialista que chega com super-visão privilegiada da realidade e que detém o saber, objetivando o controle dos processos e dos resultados (MATUMOTO, FORTUNA, MISHIMA, PEREIRA E DOMINGOS, 2005). Pode ser ainda interpretado como uma inspeção, onde o supervisor tem o papel de definir, comandar, impor e fiscalizar, estabelecendo uma relação assimétrica entre ele e o supervisionado. Este entendimento geralmente faz parte de um modelo de gestão vertical. Numa visão moderna, está associada a processos educativos e trabalha com a perspectiva de parceira e de construção conjunta (REIS e HORTALE, 2004).

A avaliação “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão” (CONTANDRIOPOULOS, CHAMPAGNE, DENIS E PINEAULT, 2000). Vieira da Silva (2005) aponta que existem várias abordagens conceituais para a avaliação e destaca que existe uma diferença entre a prática de monitoramento e avaliação pontual. A principal diferença está associada à temporalidade dessas práticas. A primeira consiste em um acompanhamento periódico e sistemático, a segunda é pontual. Ambas requerem emissão de juízo de valor e a formulação de uma pergunta prévia para definir o objeto a ser avaliado.

Waldman (1998) caracteriza o monitoramento como uma atividade contínua de coleta de dados, análise e disseminação dos dados a todos que deles necessitam, definição próxima da proposta por Vieira da Silva (2005). Felisberto (2004) chama atenção de que grande parte das atividades e informações do monitoramento subsidia a avaliação da situação de saúde, do trabalho em saúde e dos resultados das ações realizadas.

Apesar do reconhecimento de que existem outras definições de monitoramento na área de saúde, confundindo-o com o conceito de vigilância empregado na literatura nacional e internacional, há autores que recomendam o uso do monitoramento como uma tecnologia do campo da avaliação. (VIEIRA DA SILVA, 2005; PONTES DA SILVA, 2006). Hartz (2000) defende a necessidade de articular o monitoramento a estudos avaliativos, como um dos requisitos para institucionalizar a avaliação de programas em sistemas de saúde.

Neste estudo, o monitoramento será tratado como “coleta e análise periódicas de indicadores selecionados que permitem aos gerentes determinar se as atividades chave estão sendo executadas conforme o planejado” (FRANCO, RICHARDSON, REYNOLDS, KAK, 1997). Nessa perspectiva, o monitoramento faz parte do processo de planejamento e tem a finalidade de aprimorar a organização das ações programadas.

O enfoque estratégico situacional do planejamento proposto por Matus (1993) incorpora o monitoramento das ações programadas como elemento intrínseco do processo de planejamento. Para este autor, o planejamento no tempo presente requer a produção de informações para subsidiar o cálculo que orienta os dirigentes na condução do Plano. O monitoramento das ações é condição necessária para executar o plano e para modificá-lo em função da conjuntura, sem perder a direcionalidade contida na sua formulação inicial. Matus reforça a premissa de que o monitoramento qualifica o processo de gestão, pois sem conhecimento não há ação planejada.

Assim, o monitoramento estadual da PPI VS possibilitaria medir o grau de cumprimento das metas estabelecidas por meio dos indicadores e obter as informações necessárias à tomada de decisão para o aprimoramento das ações de vigilância em saúde executadas pelos estados e municípios. Portanto, essa intervenção pode apoiar a organização das ações de vigilância em saúde.

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado a partir de um estudo de avaliabilidade do monitoramento da PPI VS desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Avaliabilidade pode ser entendida como uma pré-avaliação de uma intervenção para identificar se esta foi bem concebida e implementada com consistência para se submeter a uma avaliação (PATTON, 2002 in VIEIRA DA SILVA, 2005). Está voltada para esclarecer os objetivos da intervenção e se esta tem condições de ser avaliada, como também se a avaliação pode contribuir para melhorar seu desempenho (VIEIRA DA SILVA, 2005).

A análise de avaliabilidade envolve diversas etapas: definição clara do propósito da intervenção, elaboração do modelo lógico, descrição do funcionamento efetivo da intervenção e apresentação de recomendações ao coordenador da intervenção (LEVINTON, COLLINS, LAIRD e KRATT, 1998).

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul foi eleita para o estudo de avaliabilidade do monitoramento estadual da PPI VS como caso exemplar dessa prática, considerando a avaliação pontual realizada pela SVS (anexo 5) e a apresentação dessa experiência na VI EXPOEPI, ocorrida em novembro de 2005. Os critérios utilizados para essa escolha relacionaram-se com a capacidade técnica estadual em realizar as práticas de monitoramento da PPI VS, a seguir discriminadas: existência de equipe exclusiva para a realização do monitoramento, disponibilidade de instrumentos próprios, regionalização da prática de monitoramento, definição das ações vinculadas a essa prática e articulação com outros processos de monitoramento da gestão estadual de saúde.

3.1 Breve caracterização da estrutura de gestão estadual da vigilância em saúde do Rio Grande do Sul

Em 2005, foi criado o Centro de Vigilância em Saúde (CEVS), órgão da Secretaria Estadual da Saúde, cujo propósito é “integrar as vigilâncias para o desenvolvimento da nova prática sanitária na gestão do SUS, fomentando a intersectorialidade das atividades e dos sistemas de informação” (SES/RS, 2005).

A estrutura organizacional do CEVS é formada por seis divisões: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância em Saúde do trabalhador, Vigilância Sanitária, Administrativa e Apoio Técnico. Esta última divisão tem como uma das atribuições

fornecer subsídios e apoiar a direção e as demais divisões no planejamento, programação, execução, controle e avaliação das ações de vigilância em saúde, bem como consolidar, avaliar e divulgar as informações em vigilância em saúde, propondo soluções e subsidiando tecnicamente na definição das prioridades institucionais (SES/RS, 2005).

Destaca-se que existem estruturas regionais vinculadas ao CEVS para desenvolver a gestão descentralizada das ações de vigilância, os Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde, localizados nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

3.2 Coleta, processamento e análise dos dados

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevistas semi estruturadas e análise documental. O roteiro de entrevista foi elaborado com dois blocos: questões comuns a todos entrevistados e questões específicas para os representantes da gestão estadual e municipal (apêndice 1). Estas questões foram elaboradas a partir de categorias que permitiram a construção do modelo lógico: objetivos, atividades, produtos e resultados.

Este estudo fundamentou-se na Resolução 196 de 16/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado no Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, sob o nº 037/07, em 31/08/2007. Após anuência institucional obtida em 20/07/2007 (Apêndice 2) para realização da pesquisa, o trabalho de campo foi desenvolvido em duas visitas ao estado nos meses de agosto e setembro/2007, totalizando quatro dias, o que permitiu o acesso aos documentos e a realização de seis entrevistas.

As entrevistas foram realizadas com os seguintes informantes chave: coordenador geral do Centro de Vigilância em Saúde/SES, coordenadora da Divisão de Apoio Técnico, uma técnica da Divisão de Apoio Técnico, uma técnica do Núcleo Regional de Vigilância em Saúde, uma assessora da Coordenação Municipal de Vigilância em Saúde de Porto Alegre e o coordenador municipal de Vigilância em Saúde de Bento Gonçalves. Todos os

entrevistados eram responsáveis pela execução do monitoramento da PPI VS em seu âmbito de atuação administrativa.

Estas entrevistas foram gravadas pela autora, mediante termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3) obtido junto aos entrevistados e transcritas por profissional habilitado. O processamento das entrevistas foi realizado pela autora, organizando os extratos segundo as palavras chave do roteiro de entrevista, na seguinte matriz.

Entrevistados	Definição da prática de monitoramento da PPIVS	Existência de monitoramento das ações da vigilância antes do advento da PPIVS	Objetivos	Atividades	Recursos orçamentários	Diferença entre monitoramento e avaliação	Resultados do monitoramento	Conhecimento do monitoramento e do resultado por parte do município	Outras questões
Entrevistado 1									
Entrevistado 2									
Entrevistado 3									
Entrevistado 4									
Entrevistado 5									
Entrevistado 6									

A coleta dos documentos foi simultânea à realização das entrevistas, apesar da solicitação prévia do material à coordenação estadual. Os documentos coletados foram resoluções de CIB, documentos com descrição dos procedimentos administrativos, catálogo sobre o CEVS e apresentação realizada pela SES na VI EXPOEPI sobre a experiência estadual do monitoramento da PPI VS (apêndice 4). A SES não dispunha de documento com a descrição detalhada do monitoramento da PPI VS. Dada a insuficiência dos registros disponíveis nos documentos sobre o monitoramento estadual da PPI VS, a análise documental foi incorporada ao modelo lógico após o processamento e análise das entrevistas.

Após o cotejamento entre as entrevistas e os documentos, foi possível elaborar o modelo lógico preliminar do monitoramento estadual da PPI VS, que foi submetido a três dos seis entrevistados (apêndice 5) com maior domínio sobre esta prática para validação.

A matriz do modelo lógico foi organizada em objetivo geral, objetivos específicos, atividades, resultados parciais (produtos), resultados. As atividades foram descritas de acordo com os dois níveis de gestão, regional e central, pois estes apresentaram diferentes formas de desenvolver as atividades, conforme figura abaixo:

Objetivo Geral	Objetivos Especificos	Atividades		Resultados Parciais (Produto)	Resultado Final

A análise do modelo lógico permitiu a elaboração das recomendações para a melhoria da prática estudada, tomando por base a definição de monitoramento como ferramenta de gestão para a tomada de decisão em tempo oportuno (FRANCO, RICHARDSON, REYNOLDS, KAK, 1997).

4 MONITORAMENTO ESTADUAL DA PPI VS NO RIO GRANDE DO SUL

Em 2003, a SES/RS e os municípios definiram, em reunião da CIB, a criação de um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar uma proposta de implantação do sistema de monitoramento de gestão em saúde, conforme resolução CIB - SES/RS nº64/2003. Segundo a proposta, o monitoramento teria como base o relatório de gestão, o qual deveria estar em “sintonia com o Plano de Saúde; articulado com a PPI VS e o Pacto da Atenção Básica, correlacionando as metas, resultados e aplicação financeira” (SES, 2005).

Dois aspectos foram destacados no processo de estruturação do monitoramento estadual no âmbito da SES/RS:

- a) o processo de pactuação das ações de vigilância em saúde e dos indicadores da atenção básica;
- b) a demanda dos municípios e do Conselho Estadual de Saúde por uma padronização do Relatório de Gestão, considerado um instrumento de prestação de contas das ações de saúde executadas no período de um ano.

o processo de pactuação da atenção básica é mais ou menos contemporâneo da pactuação da (PPIVS)... na verdade foram três coisas que aconteceram ao mesmo tempo, de certa forma na mesma época, a pactuação da vigilância em saúde, a pactuação da atenção básica e no caso do estado até por uma demanda dos municípios e do Conselho Estadual de Saúde uma padronização de um formato de relatório de gestão municipal que fosse uma ferramenta que efetivamente contribuísse para monitoramento das ações dos municípios, esses três movimentos aconteceram mais ou menos na mesma época, e se criou um grupo de trabalho (BIPARTITE) (Coordenadora da DAT).

desde 2003 está oficializada a criação de núcleos, de grupos intersetoriais nas regionais e aqui no nível central também para monitoramento e avaliação, o objetivo é qualificar o acompanhamento dos municípios através do relatório de gestão municipal, da análise adequada do relatório, usar o relatório de gestão municipal como um instrumento, uma ferramenta para o monitoramento (coordenadora da DAT).

Apesar do sistema de monitoramento de gestão no Rio Grande do Sul incluir o monitoramento da PPI VS e da atenção básica, não há registro documental que indique as formas de integração entre esses eixos. Há um reconhecimento da necessidade de aprimorar o monitoramento da PPI VS, sem, no entanto, indicar meios de integração com as demais ações de monitoramento realizadas pela SES.

continua sendo um processo difícil e ainda tem que consolidar a institucionalização, fazer efetivamente parte do processo de trabalho e não ser momentos pontuais, avaliar de vez em quando, quando é formalmente definido que é preciso (coordenadora da DAT).

A seguir será apresentada a sistematização dos resultados do estudo quanto à definição do monitoramento estadual da PPI VS, seus objetivos, atividades, produtos e o correspondente desenho de modelo lógico desta prática, segundo a percepção dos informantes chave e a análise dos documentos disponíveis.

4.1 Definição do Monitoramento

Observaram-se duas definições distintas do monitoramento estadual da PPI VS:

- a) acompanhamento da execução das ações de vigilância em saúde realizadas pelos municípios para subsidiar o apoio técnico com vistas ao aprimoramento destas ações;
- b) cobrança do grau de cumprimento das metas da PPIVS e da execução adequada dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) pelos municípios.

Estas diferentes definições estavam presentes tanto no discurso dos representantes municipais quanto no discurso dos representantes estaduais.

sistemática de acompanhamento e avaliação com duas grandes linhas, uma linha de acompanhar as ações e o atingimento das metas e uma linha de acompanhar a aplicação dos recursos financeiros (Coordenador Geral do CVES).

cada pactuação anual é mandado o processo para cá, onde eles emitem a informação, se fizeram as metas e as ações, se as metas foram atingidas, se não atingiram por que não atingiram, qual a justificativa do gestor, se gastaram dinheiro se gastaram bem, se não gastaram por que não gastaram, ou se gastaram mal, de que maneira que ele vai fazer essa devolução, se é devolvendo o dinheiro ou se é atuando, botando nas ações mesmo, então a informação gira em torno do gasto e das metas e das ações que eles tem que fazer (profissional da DAT).

avaliar a situação dos municípios com relação à possibilidade e limites que estão tendo para cumprimento de metas consideradas estratégicas (assessora municipal da Coordenação de Vigilância)

o monitoramento se é que se pode chamar assim se dá no momento de cobrar do município porque ele não atingiu ou não cumpriu determinada meta, aí o município se obriga a justificar o porquê daquela meta não ter sido alcançada (representante municipal).

O ponto de convergência entre os entrevistados quanto à definição do monitoramento foi considerar as ações da PPI VS desenvolvidas pelos municípios como o objeto desta prática. Nenhum entrevistado referiu as ações de vigilância em saúde sob a execução direta da SES como foco do monitoramento estadual da PPI VS.

estamos aqui pra monitorar, informar, dar informação para os municípios (técnica do CEVS).

é ver como a ação que o município tem que fazer, o que ele pactuou e o que ele avançou (técnica do NUREVS).

A definição que associa o monitoramento ao apoio técnico parecer ter sua origem na prática de supervisão municipal que era desenvolvida pelas estruturas regionais antes do advento da PPI VS. Entretanto, esta supervisão era realizada por programas da vigilância, a exemplo da imunização.

já existia empiricamente, a gente nem sabia que isso era monitoramento, mas a gente na nossa regional tem a prática da supervisão, a gente vai aos municípios (técnica do NUREVS).

várias tentativas ao longo desses 20 anos, mas que não chegaram a institucionalizar o monitoramento, monitoramento era por áreas, monitoramento, avaliação, supervisão mais na linha da supervisão mesmo do que propriamente o monitoramento e a avaliação sistemático, institucionalizado (coordenadora da DAT).

não sei, 2000, devia ter uma coisa mais especifica pra cada área, não era assim integrado (técnica do CEVS).

O monitoramento é confundido com a prática de supervisão numa perspectiva que alguns autores chamam de visão moderna da supervisão, pois consiste no controle sob a ótica educativa, e de parceria, construção conjunta na redefinição de procedimentos, orientação da execução das ações e tem caráter de apoio técnico (REIS e HORTALE, 2004).

À luz da literatura que caracteriza o monitoramento como ação sistemática e periódica (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; FRANCO, RICHARDSON, REYNOLDS, KAK, 1997) observa-se que este conceito está subjacente no relato dos entrevistados.

4.2 Objetivos

Foi possível formular os objetivos do monitoramento estadual da PPI VS a partir da interpretação da autora baseada nas entrevistas realizadas e nos documentos consultados:

a) contribuir para mudança da situação de saúde;

mudar a realidade das ações locais, ajudar, intervir e contribuir efetivamente para mudar as situações locais (coordenadora da DAT).

avaliar a situação dos municípios com relação à possibilidade e limites para cumprimento de metas consideradas estratégicas para manter a condição de saúde (assessora da CMVS).

b) instrumentalizar o processo de pactuação intergestores da PPI VS;

mostrar a importância das ações de vigilância em saúde e do trabalho que os municípios têm que fazer, capacitá-los de forma adequada (técnica do CEVS).

acompanhar primeiro a evolução das ações de vigilância pactuadas pelos municípios e pactuadas pelo estado com a união, avaliar as dificuldades do andamento destas, do desenvolvimento da pactuação, e procurar no curso do ano ou do período corrigir aquelas que estão tendo dificuldades de serem atingidas (diretor do CEVS).

avaliar a eficácia desse tipo de ação, se de fato a PPI está sendo utilizada, está gerando esse fortalecimento... de um modo geral da saúde, da epidemiologia em particular (coordenador da CMVS).

c) identificar problemas durante o desenvolvimento das ações da PPI VS;

conhecer a realidade primeiro, também é criar um vínculo com as equipes (técnica do NUREVS).

cada coordenadoria responde a um X de municípios conforme sua área de abrangência e elas repassam a informação dos processos, se essa informação, foi bem entendida no município e qual é o problema (técnica do CEVS).

nos permite acompanhar os municípios para ver se estão fazendo de forma adequada o que foi pactuado, acompanhar as dificuldades que os municípios apresentam (diretor do CEVS).

d) desencadear intervenções oportunas durante a execução da PPI VS;

conseguir identificar problemas na área e ser capaz de desencadear intervenções oportunas... o mecanismo mais importante que nós temos é o monitoramento e a avaliação (coordenadora da DAT).

e) estabelecer padrões de análise da situação de saúde.

Vale destacar que não houve um consenso entre os entrevistados quanto aos objetivos do monitoramento. A diversidade encontrada reflete as

responsabilidades de cada esfera de governo e de cada profissional no desenvolvimento desta prática. Alguns autores defendem que ao implantar um sistema de monitoramento é fundamental definir os objetivos desta prática, destacam que diferentes usuários terão diferentes necessidades de informação e objetivos diversos (FRANCO, RICHARDSON, REYNOLDS, KAK, 1997).

Leviton, Collins, Laird e Kratt (1998) destacam que os estudos de avaliabilidade apontam que a intervenção sob análise apresenta, frequentemente, objetivos imprecisos, evidência observada também nesse trabalho.

4.3 Atividades

As atividades do monitoramento estadual da PPI VS no Rio Grande do Sul ocorrem em dois momentos distintos:

- a) processo de pactuação da PPI VS, realizado anualmente.
- b) monitoramento das ações da PPI VS no município, realizado trimestralmente.

dentro do possível, no mínimo trimestralmente, a gente faz uma avaliação de como é que anda as ações da vigilância, também tem o relatório de gestão, eu acho que é um instrumento muito bom, que dá uma avaliação do município como um todo (técnica do NUREVS).

4.3.1 Processo de Pactuação da PPI VS

Os NUREVS localizados nas Coordenações Regionais de Saúde iniciam o processo de pactuação mediante o cálculo dos indicadores das ações da PPI VS por município. Apresentam o grau de cumprimento das metas alcançadas de cada ação pactuada no ano anterior aos municípios e aos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, em reunião específica para este fim.

Em seguida, pactuam as ações que irão compor a nova PPI VS. Após esta etapa, formam o processo administrativo composto por cinco partes: avaliação dos indicadores da PPI VS no exercício; justificativa do não alcance das metas; programação das ações e metas pactuadas para o exercício seguinte; planilha de execução física e financeira do TFVS do exercício; parecer da CRS sobre a avaliação das metas alcançadas e a gestão municipal da vigilância em saúde e a proposição das ações e metas pactuadas para o ano em curso. Este processo é encaminhado para a DAT/CEVS.

A DAT ao receber os processos administrativos da pactuação confere, analisa, acompanha as informações, levanta os problemas apresentados e se for o caso, encaminha para área técnica responsável, que dependendo da situação problemática, entra em contato direto com o NUREVS ou responde no processo as providências tomadas e devolve para as CRS.

O CEVS também calcula os indicadores que compõem a PPI VS por regional, elabora o consolidado das informações sobre as ações de Vigilância em saúde pactuadas em cada Regional, avalia as metas alcançadas e apresenta em reunião aos NUREVS/CRS para aprimoramento das ações de monitoramento regional e analisa a execução financeira dos municípios.

O que se observa, a partir das entrevistas, é que o momento de pactuação se caracteriza como monitoramento das ações da PPI VS, onde se apresenta o grau de cumprimento das metas das ações da PPI VS pelos municípios, baseado em um parâmetro definido anteriormente. Esse tipo de avaliação é denominada de avaliação normativa para alguns autores (CONTRANDRIOPOULOS, 2000, HARTZ, 1999 e VIEIRA-DA-SILVA, 2005) porque se caracteriza pela emissão de julgamento de valor baseado na aplicação de critérios e normas. Vale ressaltar que esta avaliação realizada no momento da pactuação subsidia a definição das metas para a pactuação do ano seguinte.

4.3.2 Monitoramento no município.

O monitoramento das ações de vigilância em saúde nos municípios que compõem as CRS é desenvolvido pelos NUREVS. As principais atividades relacionadas a essa prática são:

- a) cálculo dos indicadores da PPI VS mediante consulta aos sistemas informações relacionados à vigilância em saúde;
- b) visita conjunta realizada pela representação de cada área da Vigilância (epidemiológica, ambiental e sanitária) do NUREVS para discussão dos indicadores da PPI VS e realização de reunião com os técnicos e secretário de saúde do município;
- c) acompanhamento da equipe do Ministério da Saúde e da SES que farão monitoramento da PPI VS nos municípios acima de 100.000 habitantes.

Ao discorrer sobre as atividades de monitoramento no município, observa-se que os NUREVS não dispõem de instrumento e fluxo definidos quanto à sistematização dos resultados advindos do monitoramento in loco. O que fica claro é a existência de fluxo e registro do processo de pactuação da PPI VS, por meio do processo administrativo.

Não fica claro, em quanto tempo, o CEVS responde às CRS sobre os problemas apresentados pelos processos administrativos de cada município, assim como o tempo que as áreas técnicas respondem aos NUREVS.

Evidencia-se uma lacuna sobre em que momento e qual forma o município é notificado oficialmente sobre os problemas encontrados, as recomendações e sobre os encaminhamentos realizados pelos NUREVS.

tem algum instrumento? não, infelizmente não (técnica do NUREVS).

não gera nenhum documento para dá retorno para o município? quando a gente vai e, por exemplo, o Secretário não pode comparecer a reunião, mas isso não é uma rotina, a gente faz uma cartinha, dizendo que fomos lá e constatamos isso e está faltando isso, eu acho que nós temos que elaborar um formulário (técnica do NUREVS).

No entanto, um entrevistado considerou que o monitoramento estadual da PPI VS deveria ser feito de outra forma.

o monitoramento esse que deveria ser feito longo do ano não é feito (coordenador da CMVS).

Para uma das entrevistadas do âmbito municipal, as atividades do monitoramento estadual se confundem com as mesmas que o Ministério da Saúde realiza.

sempre eles vêm junto com o Ministério da Saúde, a gente faz dois dias de reunião, participam todos os nossos coordenadores de equipe, nós nos preparamos antes, tem sido provocado eu acho pelo cronograma do ministério. (assessora da CMVS).

4.4 Resultados

Os entrevistados apontaram que os resultados do monitoramento estadual da PPI VS são positivos, pois possibilitam ter um diagnóstico da situação de saúde, mediante o cálculo de indicadores selecionados, um melhor conhecimento e entendimento por parte dos municípios sobre a vigilância em saúde, maior envolvimento das áreas técnicas com as ações de vigilância como também uma maior integração das mesmas.

dentro do comentário das áreas técnicas específicas e das reuniões que eu participo com certeza tem melhorado bastante o entendimento dos municípios, tem melhorado bastante com relação isso ai (técnica do CEVS).

é ver ação que o município tem que fazer, o que ele pactuou e o que ele avançou... nós fazemos muita supervisão no local, normalmente vai assim vigilância ambiental, vigilância epidemiológica e a vigilância da qualidade da água, então, a gente vê os municípios que tem maiores dificuldades (técnica do NUREVS).

já são utilizados para compor um diagnóstico de situação, nós utilizamos vários dos indicadores, das metas pactuadas, enfim o resultado disso tudo dá para identificar situações e definir prioridades (coordenadora da DAT).

Destacam-se ainda como resultado do monitoramento, dois aspectos importantes:

a) um maior comprometimento dos secretários municipais com ações de vigilância em saúde.

a gente conseguiu equipe que não tinha... conseguiu equipe no município, mostrando para o Secretário.... eu acho que eles têm um comprometimento maior se não atingem, e eu acho que já melhorou bastante (técnica do NUREVS).

b) apoio técnico que a SES pode oferecer aos municípios a partir do conhecimento dos problemas identificados e modificação da situação encontrada.

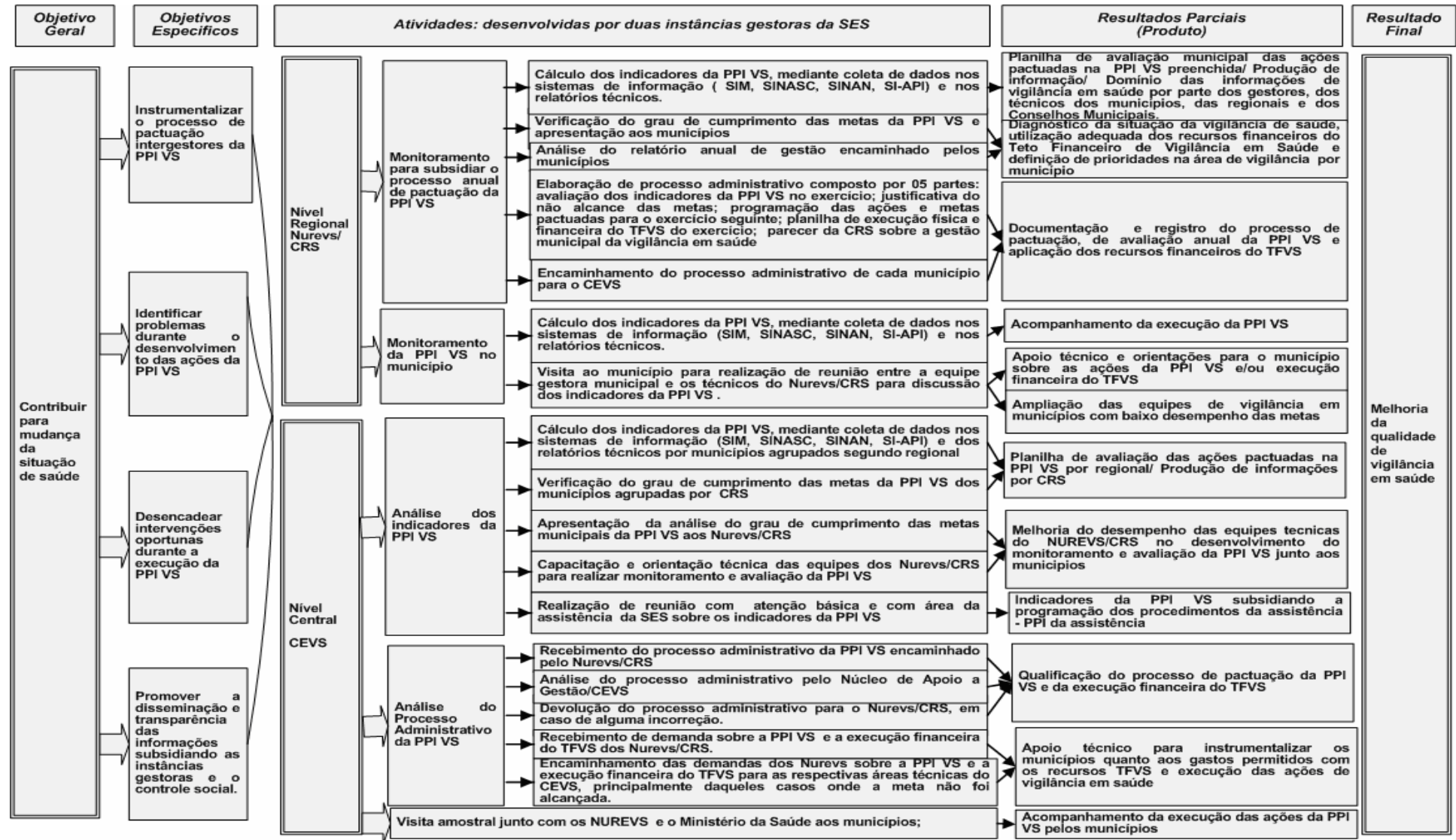
o quê que a gente ao menos combinou na minha regional na parte da vigilância epidemiológica, que ao menos dois turnos por semana sejam dedicados exclusivamente à epidemiologia, sair para fazer busca ativa de faltosos... quando a gente manda notas técnicas, a gente sempre pede para encaminhar para o privado também, que eles também são nossas fontes notificadoras (técnica do NUREVS).

ser um instrumento gerador de ações, é um instrumento que o estado tem hoje, para tentar gerar e induzir ações que mudem, corrijam situações, mudem a realidade local (coordenadora da DAT).

Apesar da maioria dos entrevistados ter reconhecido a prática de monitoramento como importante para melhoria da organização das ações de vigilância em saúde nos municípios, constituindo-se como sua finalidade principal ou resultado final, um representante municipal considerou a prática de monitoramento incipiente na medida que destacou que esta se restringe apenas à observação do grau de cumprimento das metas pactuadas.

o monitoramento se é que se pode chamar assim se dá no momento de cobrar do município porque que ele não atingiu ou não cumpriu determinada meta, ai o município se obriga a justificar o porquê daquela meta não ter sido alcançada (coordenador CMVS).

4.5 MODELO LÓGICO DO MONITORAMENTO DA PPI VS DO RIO GRANDE DO SUL



A interpretação dos dados pela autora permitiu a elaboração preliminar dos objetivos do monitoramento estadual da PPI VS, validado por um dos três informantes chave convidados a apreciar o modelo lógico dessa prática.

Destaca-se que o objetivo geral descrito no modelo lógico está além do que se espera de resultado final da prática de monitoramento estadual da PPI VS, na medida em que esta prática dirige-se para o aprimoramento da gestão das ações de vigilância em saúde, condição necessária, mas insuficiente para promover mudanças na situação de saúde da população gaúcha. Por essa razão, o resultado final proposto no modelo lógico elaborado pela autora foi a melhoria da qualidade da vigilância em saúde e não da situação de saúde.

Os resultados parciais apresentados no modelo lógico são o produto da interpretação da autora sobre as finalidades do monitoramento, tendo em vista a literatura consultada e as atividades descritas pelos entrevistados e registradas nos documentos analisados, num esforço de construção de ligações lógicas entre os resultados parciais e os objetivos específicos do monitoramento.

Vale ressaltar que houve limites para elaboração deste modelo lógico, especialmente, pela insuficiência dos registros oficiais sobre o monitoramento estadual da PPI VS e pelo conhecimento maior dessa prática estar restrito ao nível central da SES.

O modelo lógico elaborado necessita de uma validação mais ampla por parte de um número maior de interessados no monitoramento da PPI VS no Rio Grande do Sul, caso o gestor estadual tenha interesse de realizar uma avaliação desta prática, com vistas ao seu aprimoramento e institucionalização.

5 RECOMENDAÇÕES PARA MELHORIA DO MONITORAMENTO ESTADUAL DA PPI VS NO RIO GRANDE DO SUL

- ◆ Criar instrumentos e fluxos para o monitoramento realizado pelos NUREVS nos municípios.
- ◆ Diminuir os prazos em relação ao que é praticado para os encaminhamentos pertinentes aos problemas apresentados pelo processo administrativo, buscando a resolução oportuna dos problemas.
- ◆ Utilizar os fóruns de pactuação estadual e de reuniões da ASSEDISA para divulgar a importância do monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde como uma ferramenta de fortalecimento da capacidade institucional e de gestão junto aos secretários municipais de saúde.
- ◆ Padronizar, minimamente, as atividades do monitoramento e avaliação desenvolvidas pelos NUREVS.
- ◆ Sistematizar as informações geradas pelo monitoramento e disponibilizar aos gerentes das áreas técnicas do NUREVS e do CEVS, assim como outras áreas da SES que tem interface com as ações da PPI VS.
- ◆ Criar mecanismos e fluxos para que as áreas técnicas do CEVS e CRS utilizem as informações do monitoramento para intervenções oportunas.
- ◆ Promover uma apresentação da proposta de monitoramento das ações de vigilância em saúde nas CRS e também os NUREVS nos municípios.
- ◆ Disseminar as informações geradas pelo monitoramento juntos aos gestores dos CRS e dos municípios.
- ◆ Submeter para apreciação o modelo lógico do monitoramento estadual da PPI VS dos gestores da SES e dos municípios.

Quanto aos aspectos críticos do monitoramento estadual da PPI VS que requerem avaliação, recomenda-se, inicialmente, que se proceda a uma análise estratégica dessa intervenção para a revisão dos objetivos contidos no modelo lógico preliminar que deve ser validado pelos interessados e por especialistas em vigilância e avaliação em saúde. A referida análise poderá reduzir a generalidade do objetivo geral indicado no modelo lógico preliminar, e

contribuir para a formulação de objetivos mais pertinentes ao resultado final esperado para o monitoramento, qual seja, o de contribuir para a melhoria da qualidade da vigilância em saúde realizada pelos municípios gaúchos.

Outro aspecto relevante que merece ser objeto de avaliação diz respeito aos efeitos reais do monitoramento sobre a gestão da vigilância em saúde nos seguintes recortes administrativos do SUS: estadual, regional e municipal.

No caso particular das secretarias municipais de saúde, seria indicado avaliar os efeitos do monitoramento estadual sobre a capacidade local em identificar problemas na execução das ações de vigilância em saúde e de adotar as medidas corretivas necessárias em tempo hábil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a aferir a avaliabilidade do monitoramento estadual da PPI VS do Rio Grande do Sul, considerado experiência exemplar no Brasil. A metodologia utilizada permitiu identificar a definição de monitoramento segundo a percepção dos interessados nessa prática e a construção do modelo lógico preliminar, resultado do cotejamento da revisão da literatura com as evidências obtidas no estudo.

No Rio Grande do Sul, o monitoramento da PPI VS é considerado uma das funções da gestão estadual na relação com os municípios. Não há compreensão de que esta intervenção possa estar dirigida às ações de vigilância em saúde executadas diretamente pela SES, o que restringe o objeto do monitoramento. Apesar deste limite, esta intervenção tem contribuído para o aprimoramento da organização da vigilância em saúde nos municípios, mediante a contratação e capacitação de recursos humanos, decisão gerada pelos resultados do monitoramento municipal realizado pelos NUREVS, ainda que tal prática não seja realizada com a periodicidade desejada pelos técnicos em todas as regionais e que as informações geradas não sejam utilizadas em tempo oportuno.

Ressalta-se que a obrigatoriedade da pactuação das ações e metas prioritárias registradas na PPI VS contribuiu para a implantação do monitoramento regionalizado da vigilância em saúde executada pelos municípios gaúchos. Além disso, houve um reforço à iniciativa compartilhada entre o estado e os municípios de promover melhorias no monitoramento da gestão descentralizada do SUS.

Entretanto, as lacunas observadas no modelo lógico elaborado a partir da prática de monitoramento estadual da PPI VS, especialmente no que diz respeito à formulação consensuada dos objetivos e as ligações lógicas entre as atividades e os resultados parciais, indicam que a revisão do modelo lógico pelos interessados (gestor estadual e gestores municipais) pode contribuir para a realização de um processo avaliativo útil para o aprimoramento dessa prática de gestão.

A metodologia utilizada neste estudo permitiu, ainda, a apreensão das principais características do monitoramento estadual no Rio Grande do Sul e é passível de aplicação pela equipe da Secretaria de Vigilância em Saúde em outros estados, o que pode contribuir para melhoria desta intervenção estratégica para a gestão e fortalecimento da vigilância em saúde no país.

7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. **Sus Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento**. SP: Hucitec, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/93. Distrito Federal, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/96. Distrito Federal, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1399/99 de 15 de dezembro de 1999. Distrito Federal, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1172/2004 de 15 de junho de 2004. Distrito Federal, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): instrumentos básicos. Distrito Federal, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 91/2007 de 10 de janeiro de 2007. Distrito Federal, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **O Processo de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde**. Distrito Federal, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L., PINEAULT, R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z.Mª de A. (org). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.29-47.

CUNHA, J.P.P. e CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde: princípios – Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos**, RJ: Abrasco, 2001.

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 4(3): 317-321 2004.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, RJ: Abrasco, 11 (3): p.553-563, 2006.

HARTZ, ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em Saúde para Debate**, 2000, 29-35.

FRANCO, L. M., RICHARDSON, P., REYNOLDS, J., KAK, N. **Monitorizando e Avaliando os Programas: Guia do Usuário**. Juiz de Fora: UFJF, 1997.

LEVITON, L.C., COLLINS, C.B., LAIRD, B.L., KRATT, P.P. **Teaching evaluation using evaluability assessment**. London: Evaluation, 4 (4): 389-409, 1998.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, RJ: Abrasco, 6 (2): 269-291 2001.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; DOMINGOS, N.A.M.; Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, SP: Botucatu, 9 (16): 9-24, 2005.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo II.

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002b, p.407-33.

REIS, C.C. L e HORTALE, V.A. Programa de Saúde da Família: supervisão ou convivência? Estudo de caso em município de médio porte. **Caderno de Saúde Coletiva**, RJ: 20(2): 492-501 2004.

SILVA JUNIOR, J.B. **Epidemiologia em Serviço: Uma Avaliação do Desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Tese de Doutorado. Unicamp, SP, 2004.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, RJ: Abrasco, 4 (2): 221-242 1999.

SCHRAIBER, L.B. (ORG.) - **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. p.11-35.

PONTES DA SILVA, G.A. **A vigilância e a reorganização das práticas de saúde**. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva. UFBA. Salvador. 2006.

RIVERA, F.J.U. (ORG) – **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Ed. Cortes, 1989. p.179-202.

TANAKA, O.Y. E MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI, M^a. L.M. E MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004. p.121-136.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. MS/FNS/CENEPI, **Informe Epidemiológico do SUS**: abril/junho de 1998.

VIEIRA DA SILVA, L.M.; CHAVES, S.M.L. **Definição do foco, viabilidade e usos da avaliação. A avaliabilidade de programas de saúde**. Bahia: ISC/UFBA, 2005. 07 p. Texto didático. *Mimeo*.

VIEIRA DA SILVA, L.M Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M^a de A. e VIEIRA DA SILVA, L.M (org.) - **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

WALDMAN, E.A. Usos da Vigilância e da Monitorização em Saúde Pública. SP: **IESUS**, VII (3), 08 – 2 1998.

8. ANEXOS

ANEXO 1 – PORTARIA 1172/2004

ATO PORTARIA Nº 1172/GM Em 15 de junho de 2004.

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à vigilância em saúde, e

Considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

Considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária dos dias 9 e 10 de junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

Considerando a aprovação desta Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 29 de abril de 2004; e

Considerando a aprovação da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde para o ano de 2004, que incorpora ações básicas de Vigilância Sanitária, em 11 de novembro de 2003,.

R E S O L V E:

CAPÍTULO I DAS COMPETÊNCIAS

Seção I Da União

Art. 1º Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde;

II - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

III - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar à atuação dos Estados;

IV - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação estadual;

V - definição das atividades e parâmetros que integram a Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS;

VI - normatização técnica;

VII - assessoria técnica a Estados e a municípios;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;
b) inseticidas;
c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico); e

d) equipamentos de proteção individual - EPI compostos de máscaras respiratórias de pressão positiva/negativa com filtros de proteção adequados para investigação de surtos e agravos inusitados à saúde.

IX - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nesta Portaria;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos Estados; e

c) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional;

XIII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Vigilância em Saúde;

XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Vigilância em Saúde;

XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e às Secretarias Municipais de Saúde – SMS na elaboração da PPI-VS de cada Estado;

XVIII - supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes; e

XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no País, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Parágrafo único. A responsabilidade pela disponibilização dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI será das três esferas de governo, de acordo com o nível de complexidade a ser definido pela especificidade funcional desses equipamentos.

Seção II Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar à atuação dos municípios;

III - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;

IV - execução das ações de Vigilância em Saúde, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;

V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS, em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;

VI - assistência técnica aos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos arts 14 a 19 desta Portaria; e

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;

b) seringas e agulhas, sendo facultado ao Estado a delegação desta competência à União, desde que a parcela correspondente do TFVS seja subtraída do repasse à SES;

c) óleo vegetal;

d) equipamentos de aspersão de inseticidas; e

e) aquisição de equipamentos de proteção individual -EPI:

1. máscaras faciais completas para a nebulização de inseticidas a Ultra Baixo Volume – UBV (a frio e termonebulização) para o combate a vetores; e

2. máscaras semifaciais para a aplicação de inseticidas em superfícies com ação residual para o combate a vetores;

IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível federal regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados;

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Vigilância em Saúde;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, programadas na PPI-VS,

incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, o mercúrio e o benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - supervisão da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

XX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública;

XXI - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXII - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações; e

XXIII - supervisão da execução das ações básicas de vigilância sanitária realizadas pelos municípios.

Seção III Dos Municípios

Art. 3º Compete aos municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-VS;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

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

XIII - vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna;

XIV - execução das ações básicas de vigilância sanitária;

XV - gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

XVI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVIII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS, em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;

XIX - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XX - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal;

XXI - aquisição de equipamentos de proteção individual – EPI referentes aos uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras atividades da rotina de controle de vetores, definidas no Manual de Procedimentos de Segurança, publicado pelo Ministério da Saúde; e

XXII - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos Estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV Do Distrito Federal

Art. 4º A gestão das ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a Estados e municípios.

CAPÍTULO II DA PROGRAMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Art. 5º Ações de Vigilância em Saúde serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde - PPI-VS, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Vigilância em Saúde, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da Federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas as unidades da Federação estabeleçam a PPI-VS estadual, especificando, para cada atividade proposta, o gestor que será responsável pela sua execução; e

III - os Estados e municípios poderão incluir ações de vigilância em saúde, a partir de parâmetros epidemiológicos estaduais e/ou municipais, pactuadas nas CIB.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-VS serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde - MS e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

CAPÍTULO III DA CERTIFICAÇÃO

Art. 7º São condições para a certificação dos Estados e do Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Vigilância em Saúde:

I - formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;

II - apresentação da PPI-VS para o Estado, aprovada na CIB; e

III - comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições.

Art. 8º A solicitação de certificação dos Estados e do Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS e encaminhada para deliberação na CIT.

Art. 9º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB, Plena de Atenção Básica Ampliada - PABA ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Vigilância em Saúde mediante:

I - formalização do pleito pelo gestor municipal;

II - comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e

III - programação das atividades estabelecidas pela PPI-VS sob sua responsabilidade.

Art. 10. A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11. As solicitações de municípios, aprovadas na CIB, serão encaminhadas para análise da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12. Quando julgado necessário, a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

Art. 13. Os Estados e o Distrito Federal deverão manter arquivo dos processos de certificação e da PPI-VS atualizadas anualmente.

CAPÍTULO IV DO FINANCIAMENTO

Art. 14. O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS de cada unidade da Federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV do Capítulo I desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. Os recursos do TFVS serão disponibilizados a Estados, a municípios e ao Distrito Federal para execução das ações de Vigilância em Saúde.

Art. 15. As unidades da Federação serão estratificadas da seguinte forma:

I - estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão e Mato Grosso;

II - estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

III - estrato III - São Paulo e Paraná; e

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

Art. 16. O TFVS de cada unidade da Federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

I - valor *per capita* multiplicado pela população de cada unidade da Federação;

II - valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da Federação; e

III - contrapartidas do Estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º As contrapartidas de que trata o inciso III deste artigo deverão ser para os estratos I, II, III e IV de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 %, 35% e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nos incisos I e II e da parcela de que trata o § 2º do artigo 18 desta Portaria.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo, os dados relativos à população e à área territorial de cada unidade da Federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, atualizados anualmente, de forma automática, os valores referentes à população.

Art. 17. A CIB, baseada nas competências dos Estados e dos municípios definidos nas Seções II e III, e considerando perfil epidemiológico e características demográficas, assim como o TFVS, informará à Secretaria de Vigilância em Saúde o montante a ser repassado a cada município para execução das ações de Vigilância em Saúde que, após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o *caput* deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 18. Os municípios certificados na forma estabelecida nos artigos 9 a 11 desta Portaria não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 60%

(sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 1º As capitais e os municípios que compõem sua Região Metropolitana não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 80% (oitenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 2º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido um valor *per capita* que, multiplicado pela população do Município, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 3º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 19. O repasse dos recursos federais do TFVS, incluindo o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária aos municípios (Portaria nº 1.882/1997), será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e aos Fundos Municipais de Saúde, de acordo com pactuação feita nas CIB, com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

Art. 20. Será instituída uma dotação nacional correspondente a 0,5% do valor anual do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para aplicações emergenciais, mediante análise da situação pela Secretaria de Vigilância em Saúde, ou em situações de epidemia em que as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde apresentarem justificativa e programação necessária de recursos a serem utilizados, com aprovação da SVS.

§ 1º Os recursos não-aplicados até o mês de setembro de cada ano serão repassados às unidades federadas na mesma proporção do repasse sistemático do TFVS, sendo que a SVS apresentará na CIT, mensalmente, planilha demonstrativa dos recursos aplicados e disponíveis.

§ 2º A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB e informado à Secretaria de Vigilância em Saúde para que seja efetuado o repasse.

CAPÍTULO V DAS PENALIDADES

Art. 21. A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS poderá suspender o repasse dos recursos de que trata o artigo 19, nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-VS, quando não acatadas as justificativas apresentadas pelo gestor e o não cumprimento de Termo de Ajuste de Conduta- TAC;

II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação e retroalimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados);

V - falta de atendimento tempestivo a solicitações formais de informações; e

VI - por solicitação formal do gestor estadual, quando as hipóteses de que tratam os incisos anteriores for constatado por estes.

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, a Secretaria de Vigilância em Saúde, com base em parecer técnico fundamentado, poderá:

I - restabelecer o repasse dos recursos financeiros; ou

II - propor, à CIT, o cancelamento da certificação do Estado ou do município.

§ 2º O cancelamento da certificação, observados os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Vigilância em Saúde correspondentes serão assumidas:

I - pelo Estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou

II - pela Secretaria de Vigilância em Saúde, em caso de cancelamento da certificação de Estado.

Art. 22 A Secretaria de Vigilância em Saúde poderá suspender o repasse mensal do TFVS para Estados e municípios que não demonstrarem a aplicação de recursos no valor equivalente a 6 (seis) meses de repasse, a partir de janeiro de 2005.

Parágrafo único. A Secretaria de Vigilância em Saúde editará ato normativo pactuado na CIT, detalhando os fluxos e procedimentos para a aplicação prática desta medida.

Art. 23. Além das sanções de que trata os artigos 21 e 22 desta Portaria, os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

II - instauração de tomada de contas especial;

III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;

IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;

V - comunicação à Câmara Municipal; e

VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24. Para maior efetividade na consecução das ações de Vigilância em Saúde, por parte dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde:

I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, e preferencialmente que essa estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde;

II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de Vigilância em Saúde às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e pelo Programa Saúde da Família - PSF; e

IV - integrar as atividades de diagnóstico laboratorial às ações de Vigilância em Saúde por meio da estruturação de Rede de Laboratórios que inclua os laboratórios públicos e privados.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a SVS se caracterize como melhor árbitro.

Art. 26. As SES e as SMS deverão informar à SVS a evolução da força de trabalho cedida pelo Ministério da Saúde, considerando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- I - aposentadoria de servidores;
- II - incorporação de atividades ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa Saúde da Família - PSF; e
- III - aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a Secretaria de Vigilância em Saúde submeterá à avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da força de trabalho cedida e alocada em cada Estado da Federação.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata este artigo, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da SVS, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os Estados e os municípios.

Art. 27. Os recursos humanos cedidos para as SES e as SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela SVS, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem como a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28. A SVS, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2006, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29. A SVS disponibilizará os *kits* para realização dos testes de colinesterase sanguínea, e demais testes que vierem a ser incorporados na rotina, para as SES, que serão responsáveis pela distribuição dos *kits* e a coordenação do processo de realização de exames de controle de intoxicação para os agentes de controle de endemias cedidos, que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Parágrafo único. Cabe às Secretarias Municipais de Saúde prover as condições para realização de exames de controle de intoxicação para os agentes especificados acima.

Art. 30. A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA estabelecerá, com a participação da Secretaria de Vigilância em Saúde, critérios e limites para o

pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º A FUNASA realizará o pagamento, mediante o envio, pela SES, da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será acrescido ao TFVS dos municípios certificados ou do Estado, dependendo da vinculação funcional, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art. 31. Determinar à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32. Revogar a Portaria nº. 1.399/GM, de 15 de dezembro de 1999, publicada no DOU nº 240-E. Seção I, pág. 21, de 16 de dezembro de 1999, e a Portaria nº 1.147/GM, de 20 de junho de 2002, publicada no DOU nº 118, Seção 1, pág. 159, de 21 de junho de 2002.

Art. 33. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

##ASS HUMBERTO COSTA

DOU- 115 PG- 58/59 SEÇ- 1 DE 17.06.04

ANEXO 2 – INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/2003

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Instrução Normativa nº 1, de 8 de dezembro de 2003

Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36, do Decreto nº 4.726, de 10 de junho de 2003 e, considerando a necessidade de regulamentar o processo de elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS, resolve:

Capítulo I

Da Definição e Pactuação

Art. 1º Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS, é o conjunto de atividades, de metas e de recursos financeiros, pactuado entre a Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS, relativos a área de epidemiologia e controle de doenças e ações básicas de vigilância sanitária.

Art. 2º A PPI-VS será estruturada em atividades e metas, agrupadas nos seguintes módulos:

- I. notificação de doenças e agravos;
- II. investigação epidemiológica;
- III. diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública;
- IV. vigilância ambiental;
- V. vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses;
- VI. controle de doenças;
- VII. imunizações;
- VIII. monitorização de agravos de relevância epidemiológica;
- IX. divulgação de informações epidemiológicas;
- X. elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia;
- XI. alimentação e manutenção de sistemas de informação;
- XII. acompanhamento da PPI-VS; e
- XIII ações básicas de vigilância sanitária.

Art. 3º A SVS definirá, anualmente, para cada unidade da federação, as atividades a serem realizadas e proporá as metas com os respectivos parâmetros para elaboração da PPI-VS.

§ 1º A proposta a que se refere a caput do Art. 3º será enviada às Secretarias Estaduais de Saúde – SES, até 30 de setembro de cada ano.

§ 2º As SES deverão manifestar-se formalmente sobre a proposta até o dia 10 de novembro, concordando ou propondo alterações, neste caso, acompanhadas das justificativas técnicas, que serão objeto de análise e manifestação formal pela Secretaria de Vigilância em Saúde, até o dia 25 de novembro.

§ 3º Caso as unidades federadas não se manifestem até a data prevista no parágrafo anterior, considerar-se-á aprovada a proposta de PPI-VS, para todos os efeitos legais e de acompanhamento.

Art. 4º As SES, com base nas atividades e metas aprovadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, promoverão a pactuação da PPI-VS com as SMS, no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB, indicando o gestor responsável pela execução das atividades e a correspondente alocação dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS.

Parágrafo único. As SES enviarão a Secretaria de Vigilância em Saúde, após sua aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a PPI-VS pactuada em seu respectivo estado, observada a data-limite de 31 de janeiro de cada ano.

Art. 5º Após o recebimento da PPI-VS de cada estado, a Secretaria de Vigilância em Saúde procederá sua apresentação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e divulgação por meio do endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/svs> .

Capítulo II

Da Supervisão e do Acompanhamento

Art. 6º A Secretaria de Vigilância em Saúde acompanhará e supervisionará a execução física da PPI-VS, junto às Secretarias Estaduais de Saúde.

Art.7º É de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde – SES, o acompanhamento e a supervisão da execução física e financeira da PPI-VS nos municípios do respectivo estado.

Parágrafo único. A Secretaria de Vigilância em Saúde poderá supervisionar a execução física e financeira da PPI-VS, junto às Secretarias Municipais de Saúde - SMS.

Art. 8º As variações observadas das metas pactuadas, quando constatadas em decorrência da aplicação do roteiro de acompanhamento da PPI-VS junto aos estados e municípios, deverão ser comunicadas ao gestor estadual e/ou municipal, conforme o caso.

§ 1º As SES e SMS, conforme o caso, terão o prazo máximo de 15 dias a partir do recebimento da comunicação para apresentar justificativas técnicas sobre as constatações efetuadas.

§ 2º O gestor responsável pela supervisão indicará, após análise das justificativas técnicas, o prazo para a SES ou SMS, conforme o caso, implementar as adequações que se fizerem necessárias.

Capítulo III

Da Avaliação

Art. 9º Os gestores municipal, estadual ou Federal procederão avaliações anual e/ou semestral da execução da PPI-VS, observadas suas áreas de atuação, que deverão contemplar, principalmente, os seguintes itens:

I. avaliação do atingimento das metas pactuadas, incluindo justificativa técnica para aquelas que apresentarem variações significativas, por intermédio da aplicação do roteiro de acompanhamento da PPI-VS;

II. demonstrativo da aplicação dos recursos oriundos do TFVS; e

III. demonstrativo da utilização da contrapartida pactuada.

Parágrafo único. A Secretaria de Vigilância em Saúde estabelecerá os procedimentos operacionais necessários a serem observados nas avaliações de que trata o “caput” deste artigo.

Capítulo IV

Das Disposições Transitórias

Art. 12. Para o corrente exercício, 2003, excepcionalmente os prazos estipulados passam a vigorar a partir do dia 30 de novembro.

Art. 13. Fica prorrogado para 31 de março de 2004 o prazo indicado no Parágrafo único do artigo 4º desta Instrução Normativa.

Parágrafo Único. O Parágrafo 2º do Art. 3º fica alterado como se segue: As SES deverão manifestar-se formalmente sobre a proposta até o dia 10 de janeiro de 2004, concordando ou propondo alterações, neste caso, acompanhadas das justificativas técnicas, que serão objeto de análise e manifestação formal pela Secretaria de Vigilância em Saúde, até o dia 25 de janeiro de 2004.

Capítulo V

Das Disposições Finais

Art. 13. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO 3 – ROTEIRO DO MONITORAMENTO DA PPI VS

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**ROTEIRO DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NAS UNIDADES FEDERADAS**

UNIDADE FEDERADA – PERÍODO AVALIADO



I – Informações Gerais –

1. Número de municípios existentes no estado:

2. Número de municípios certificados:

2.1. Percentual de municípios certificados: %

3. Número de municípios beneficiados pelo VIGISUS II

4. O acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde está incorporado na rotina dos processos de trabalho da SES?

SIM NÃO

Observação: _____

4.1 Este acompanhamento contempla o PLANVIGI?

SIM NÃO

4.2. Se sim, de que forma e com que periodicidade?

Especificar PLANVIGI

Mensal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semestral	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Outra periodicidade:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qual: _____		Qual: _____

4.3. Como as atividades de acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde estão sendo realizadas?

Especificar PLANVIGI

Supervisão	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Análise de relatórios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oficinas Específicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sistema de Informação Específico	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Outros meios, especificar: _____

5. Há uma equipe para o acompanhamento:

PPI-VS SIM NÃO

PLANVIGI SIM NÃO

PPI-VS/PLANVIGI SIM NÃO

5.1. Se sim, esta equipe atua com exclusividade neste acompanhamento?

PPI-VS SIM NÃO

PLANVIGI SIM NÃO

PPI-VS/PLANVIGI NÃO

5.2. Utiliza instrumento específico para acompanhamento das atividades?

PPI-VS SIM NÃO

Qual: _____

PLANVIGI SIM NÃO

Qual: _____

PPI-VS/PLANVIGI SIM NÃO

Qual: _____

6. Número de municípios acompanhados quanto às ações de Vigilância em Saúde:

Observações/Justificativas: _____

6.1. Especificar o número de municípios do PLANVIGI acompanhados:

Observações/Justificativas: _____

7. Os processos de pactuação e/ou acompanhamento da PPI-VS e do PLANVIGI têm alguma integração com outro(s) pacto(s) da saúde?

	PPI-VS	PLANVIGI
Pacto da Atenção Básica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termo de Ajuste de Metas (ANVISA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOAS/PDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Quais os problemas de saúde de relevância epidemiológica para o estado? Justifique sinteticamente.

--

9. Quais são as cinco maiores dificuldades na implementação das ações referentes às metas pactuadas na PPI-VS/PLANVIGI? (*listar em ordem de importância, sendo a primeira a mais importante*)

1.	
2.	
3.	
4.	

10. Quais são as cinco ações mais importantes implementadas pelo estado com recursos financeiros do TFVS/PLANVIGI? (*listar em ordem de importância, sendo a primeira a mais importante*)

1.	
2.	
3.	

4.	
5.	

11. O Estado utiliza a versão mais atual do SINAN?

SIM NÃO

Qual a versão utilizada? _____

11.1. O Estado realiza validação dos dados notificados ao SINAN?

SIM NÃO

11.2. Se sim, quais as formas de validação utilizadas?

Verificação de duplicidade
 Freqüência:.....

Vinculação de agravos crônicos (hanseníase e tuberculose)
 Freqüência:.....

Análise de completitude e consistência
 Freqüência:.....

Outra(s) - especificar:

.....

11.3. Comentar sobre as dificuldades encontradas e sugestões relativas ao SINAN:

12. Os recursos do TFVS têm contribuído para o custeio do diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública realizados pelo LACEN ?

SIM NÃO

12.1. Se a resposta anterior for não, justifique

12.2. Do total de recursos do TFVS recebido, qual é o percentual disponibilizado para o LACEN? _____ %

II – Monitoramento das ações de vigilância em saúde

O preenchimento do campo “comentários/justificativa” deverá ocorrer sempre que o alcançado for diferente do desejável.

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
1. NOTIFICAÇÃO			
1.1. Notificar casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) – Um caso para cada 100.000 habitantes menores de 15 anos (casos pactuados: ____).			
Comentários/justificativa:			
1.2. Realizar notificação de sarampo – 80% das unidades notificantes realizando notificação negativa ou positiva, semanalmente.			
Comentários/justificativa:			
2. INVESTIGAÇÃO			
2.1. Realizar investigação epidemiológica oportuna para exantemáticas –percentual pactuado (__%) dos casos com início da investigação até 48 horas após a notificação.			
Comentários/justificativa:			
2.2. Realizar investigação epidemiológica oportuna para raiva humana - 100% dos casos suspeitos com início da investigação até 24 horas após a notificação.			
Comentários/justificativa:			
2.3. Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC) – percentual pactuado (__%) de casos notificados no ano, com encerramento oportuno da investigação.			

Comentários/justificativas:			
2.4. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA - 80% dos casos de PFA detectados, com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora.			
Comentários/justificativas:			
2.5. Encerrar oportunamente a investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos – 70% dos surtos de doenças transmitidas por alimentos notificados, com investigação encerrada no máximo 60 dias após a notificação.			
Comentários/justificativa:			
3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL			
3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) – percentual pactuado (__%) de casos investigados laboratorialmente.			
Comentários/ justificativa:			
3.2. Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial – percentual pactuado (__%) de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.			
Comentários/justificativa:			
3.3. Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes – 100% das gestantes com partos normais (vaginais), cesáreos e curetagens pós-aborto atendidas na rede pública e conveniada com VDRL realizado.			

Comentários/justificativa:			
3.4. Elaborar documento contendo a relação e respectivas competências dos laboratórios integrantes da Rede de Laboratórios Públicos e Conveniados identificados pelo LACEN no estado, segundo critérios da CGLAB.			
Comentários/justificativa:			
4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL			
4.1. Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA - dois relatórios anuais elaborados (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes.			
Comentários/justificativa:			
5. VIGILÂNCIA E CONTROLE DE VETORES			
5.1. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis, de acordo com as normas técnicas do PNCD – seis inspeções por ano - no mínimo 90%			
Comentários/justificativa:			
5.2. Percentual de municípios prioritários com cobertura de seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis - 100% dos municípios prioritários com cobertura de, no mínimo, 90% em cada ciclo.			
Comentários/justificativa:			
5.3. Percentual de municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> com vigilância entomológica implantada – 100% dos municípios com total de armadilhas instaladas e inspecionadas semanalmente ou com realização de três inspeções por ano, por imóvel, obedecendo à amostragem estabelecida pelo Manual de Normas Técnicas.			

Comentários/justificativa:			
6. CONTROLE DE DOENÇAS			
6.1. Curar casos novos de tuberculose bacilíferos – percentual pactuado (___%) de casos novos bacilíferos curados dentre os casos novos bacilíferos diagnosticados na coorte de 2004 (de abril/2003 a março/2004).			
Comentários/justificativa:			
6.2. Aumentar a taxa de cura de hanseníase – percentual pactuado (__%) de casos curados dentre os casos diagnosticados nos anos das coortes.			
Comentários/justificativa:			
6.3. Reduzir a Incidência Parasitária Anual por Malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal - reduzir 15% em 2005 com relação a 2004.			
Comentários/justificativa:			
7. IMUNIZAÇÕES			
7.1. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para BCG-ID (<1ano) – 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 90%.			
Comentários/justificativa:			
7.2. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Hepatite B (<1ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.			
Comentários/justificativa:			
7.3. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Poliomielite (<1ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.			
Comentários/justificativa:			

7.4. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Tetravalente (<1ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.			
Comentários/justificativa:			
7.5. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Tríplice Viral (1 ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.			
Comentários/justificativa:			
8. MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS RELEVANTES			
8.1. Número de surtos identificados através da MDDA – no mínimo 70% dos surtos de doença diarreica aguda (DDA) ocorridos, identificados por meio da MDDA			
Comentários/justificativa:			
8.2. Implantar/implementar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis – um relatório anual elaborado pela SES e um pela SMS, com informações sobre as principais doenças não transmissíveis, acidentes de trânsito e homicídios.			
Comentários/justificativa:			
8.3. Investigar óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes) – 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados			
Comentários/justificativa:			
8.4. Investigar óbitos maternos (municípios com 100.000 habitantes ou menos) – 100% dos municípios com investigação de óbitos de mulheres em idade fértil implantada (investigação de, no mínimo, 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil notificados no SIM)			
Comentários/ justificativa:			

9. DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS			
9.1. Número de Informes Epidemiológicos publicados, com dados de DNC, óbitos e nascidos vivos – duas publicações por ano			
Comentários/justificativa:			
10. ELABORAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA			
10.1. Estudo da situação de saúde – estudo descritivo e/ou analítico que contribua para o conhecimento da situação de saúde do estado – divulgação de uma análise por ano.			
Comentários/justificativa:			
11. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO			
11.1. Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – proporção pactuada (___%) da população da Unidade Federada (UF) residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (coeficiente geral de mortalidade padronizado < 4) em 2004.			
Comentários/justificativa:			
11.2. Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito – percentual pactuado (___%) de óbitos por causa mal definida em relação ao total de óbitos notificados em 2004			
Comentários/justificativa:			
12. SUPERVISÃO DA PPI-VS			
12.1. Supervisionar a PPI-VS – 100% dos municípios certificados supervisionados ao menos uma vez no período avaliado.			
Comentários/justificativa:			

III - Ações referentes à Vigilância Sanitária.

AÇÃO	Número
1. Número de municípios com cadastro de estabelecimentos sujeitos a inspeção sanitária implantado.	
Comentários/justificativa:	
2. Número de municípios que desenvolvem as ações básicas de vigilância sanitária contempladas na PPI-VS 2005	
Comentários/justificativa:	

IV – VIGISUS - INDICADORES DE DESEMPENHO DA ESFERA ESTADUAL

Nº	Indicadores	Pactuado	Situação Atual
1	Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue.		
2	Percentual de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial.		
3	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano.		
4	Percentual de casos novos curados de tuberculose.		
5	Percentual de municípios com remessa regular do banco de dados do SINAN.		
6	Unidade federada e município da capital com vigilância ambiental em saúde estruturada.		
7	Percentual de cobertura do sistema de informação de mortalidade – SIM.		
8	Percentual de óbitos com causas definidas, segundo os grandes grupos da CID 10.		
9	Unidade federada e município de capital com sistema de vigilância de DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) estruturada.		
10	Unidade federada com município de capital com inquérito de fatores de risco comportamentais em escolares realizado - elaboração e encaminhamento de relatório informando pelo menos as etapas de coleta e consolidação do banco de dados do inquérito.		

11	Unidade Federada com Plano Diretor para área de Vigilância em Saúde aprovado pela Secretaria de Vigilância em Saúde – produção de uma versão preliminar do Plano Diretor e um relatório de progresso , registrando o que foi feito e os próximos encaminhamentos.		1.Plano Diretor: 2. Rel. Progresso:
12	Unidade Federada com Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da Vigilância em Saúde elaborado - produção de uma versão preliminar do PCCS e um relatório de progresso , registrando o que foi feito e os próximos encaminhamentos.		1.Versão Preliminar: 2.Rel. Progresso:
13	Número de agentes de vigilância capacitados no novo modelo de vigilância em saúde. número de tutores indicado no relatório de Oficina de Trabalho do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR de outubro de 2003, já treinados.		
14	Unidade Federada e município da capital com Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde elaborado - produção de versão preliminar do referido plano e um relatório de progresso registrando o que foi feito e os próximos encaminhamentos.		1.Versão Preliminar: 2. Rel. Progresso:

V - Composição da equipe de Vigilância em Saúde*

FORMAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO PRIORITÁRIA							
	Vig. Epidemiológica		Vig. Ambiental		Vig. DANT		Análise Sit. Saúde	
	Nº	carga horária**	Nº	carga horária**	Nº	carga horária**	Nº	carga horária**
Médico								
Enfermeiro								
Veterinário								
Farmacêutico								
Nutricionista								
Biólogo								
Outros (Nível Superior)								
Nível Médio								
Total		-		-		-		-

* Essa informação destina-se a manter atualizada a força de trabalho que atua nessa área nas SES e municípios, para subsidiar demandas de capacitação, dentre outras.

** Carga horária semanal.

**ANEXO 4 – MODELO DE RELATORIO SINTESE DO MONITORAMENTO
FEDERAL**

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM
SAÚDE NO ESTADO DE
RELATÓRIO SÍNTESE
2005**



Avaliação sintética do cumprimento das metas pactuadas na PPI-VS 2005, por blocos de ações.

As metas foram consideradas alcançadas somente quando atingiram o percentual mínimo definido no Roteiro de Acompanhamento.

1. NOTIFICAÇÃO		
Ação	Meta alcançada	
	Sim	Não
1.1. Notificar casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA - um caso para cada 100.000 habitantes menores de 15 anos (casos pactuados:).		
1.2. Realizar notificação de sarampo – 80% das unidades notificantes realizando notificação negativa ou positiva, semanalmente.		
Metas avaliáveis: 02	Metas cumpridas: 02	Percentual: 100,0%
Comentários/justificativas:		
2. INVESTIGAÇÃO		
Ação	Meta alcançada	
	Sim	Não
2.1. Realizar investigação epidemiológica oportuna para exantemáticas - percentual pactuado (80%) dos casos com início da investigação até 48 horas após a notificação		
2.2. Realizar investigação epidemiológica oportuna para raiva humana - 100% dos casos suspeitos com início da investigação até 24 horas após a notificação.		
2.3. Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC) - percentual pactuado (80%) de casos notificados no ano, com encerramento oportuno da investigação.		
2.4. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA - 80% dos casos de PFA detectados, com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora.		
2.5. Encerrar oportunamente a investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos - 70% dos surtos de doenças transmitidas por alimentos notificados, com investigação encerrada no máximo 60 dias após a notificação.		
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:
Comentários/justificativas:		
3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL		
Ação	Meta alcançada	
	Sim	Não
3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) – percentual pactuado (80%) de casos investigados laboratorialmente		

3.2. Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial percentual pactuado - (45%) de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.				
3.3. Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes - 100% das gestantes com partos normais (vaginais), cesáreos e curetagens pós-aborto atendidas na rede pública e conveniada com VDRL realizado.				
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:		
Comentários/justificativas:				
4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL				
Ação			Meta alcançada	
			Sim	Não
4.1. Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA - dois relatórios anuais elaborados (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIÁGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes.				
Metas avaliáveis: 01	Metas cumpridas: 01	Percentual: 100,0%		
Comentários/justificativas:				
5. VIGILÂNCIA E CONTROLE DE VETORES				
Ação			Meta alcançada	
			Sim	Não
5.1. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis, de acordo com as normas técnicas do PNCD - seis inspeções por ano - no mínimo 90%.				
5.2. Percentual de municípios prioritários com cobertura de seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis - 100% dos municípios prioritários com cobertura de, no mínimo, 90% em cada ciclo.				
5.3. Percentual de municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> com vigilância entomológica implantada - 100% dos municípios com total de armadilhas instaladas e inspecionadas semanalmente ou com realização de três inspeções por ano, por imóvel, obedecendo à amostragem estabelecida pelo Manual de Normas Técnicas				
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:		
Comentários/justificativa:				
Ação			Meta alcançada	
			Sim	Não
6.1. Curar casos novos de tuberculose bacilíferos - percentual pactuado (75%) de casos novos bacilíferos curados dentre os casos novos bacilíferos diagnosticados na coorte de 2004 (de abril/2004 a março/2005).				

6.2. Aumentar a taxa de cura de hanseníase – percentual pactuado (80%) de casos curados dentre os casos diagnosticados nos anos das coortes.				
6.3. Reduzir a Incidência Parasitária Anual por Malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal - reduzir 15% em 2005 com relação a 2004.				
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:		
Comentários/justificativa:				
7. IMUNIZAÇÕES				
Ação		Meta alcançada		
		Sim	Não	
7.1. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para BCG-ID (<1ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 90%.				
7.2. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Hepatite B (<1ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.				
7.3. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Poliomielite (<1ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.				
7.4. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Tetravalente (<1ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.				
7.5. Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para Tríplice Viral (1 ano) - 70% dos municípios com cobertura de no mínimo 95%.				
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:		
Comentários/justificativas:				
8. MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS RELEVANTES				
Ação		Meta alcançada		
		Sim	Não	
8.1. Número de surtos identificados através da MDDA – no mínimo 70% dos surtos de doença diarréica aguda (DDA) ocorridos, identificados por meio da MDDA				
8.2. Implantar/implementar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis - um relatório anual elaborado pela SES e um pela SMS, com informações sobre as principais doenças não transmissíveis, acidentes de trânsito e homicídios.				
8.3. Investigar óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes) - 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados				
8.4. Investigar óbitos maternos (municípios com 100.000 habitantes ou menos) - 100% dos municípios com investigação de óbitos de mulheres em idade fértil implantada (investigação de, no mínimo, 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil notificados no SIM).				
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:		
Comentários/justificativas:				

9. DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS		
Ação	Meta alcançada	
	Sim	Não
9.1. Número de Informes Epidemiológicos publicados, com dados de DNC, óbitos e nascidos vivos - duas publicações por ano.		
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:
Comentários/justificativas:.		
10. ELABORAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA		
Ação	Meta alcançada	
	Sim	Não
10.1. Estudo da situação de saúde – estudo descritivo e/ou analítico que contribua para o conhecimento da situação de saúde do estado – divulgação de uma análise por ano.		
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:
Comentários/justificativas:		
11. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO		
Ação	Meta alcançada	
	Sim	Não
11.1. Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – proporção pactuada (< 0,5%) da população da Unidade Federada (UF) residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (coeficiente geral de mortalidade padronizado < 4) em 2004.		
11.2. Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito – percentual pactuado (6,5%) de óbitos por causa mal definida em relação ao total de óbitos notificados em 2004.		
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:
Comentários/justificativas:		
12. SUPERVISÃO DA PPI-VS		
Ação	Meta alcançada	
	Sim	Não
12.1. Supervisionar a PPI-VS – 100% dos municípios certificados supervisionados ao menos uma vez no período avaliado.		
Metas avaliáveis:	Metas cumpridas:	Percentual:
Comentários/justificativas:		

Obs: NA -ação não avaliável; NSA - não se aplica.

SÍNTESE GERAL:	CLASSIFICAÇÃO:
$\frac{\text{N}^\circ \text{ ações alcançadas}}{\text{Total de ações avaliadas}} \times 100$	<p>Excelente: $\geq 90\%$</p> <p>Muito Bom: $\geq 80\% < 90\%$</p> <p>Bom: $\geq 70\% < 80\%$</p> <p>Regular: $\geq 60\% < 70\%$</p>

	Ruim: < 60%
--	-----------------------

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES

Quanto às informações gerais

Quanto aos indicadores avaliados

Quanto a Vigilância Sanitária

Quanto ao VIGISUS II

Recomendações

ANEXO 5 - SISTEMATIZAÇÃO DAS QUESTÕES RELACIONADAS A REALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO ESTADUAL

UF	Acompanhamento das ações de VS na rotina		Periodicidade				Como é o acompanhamento das ações de VS				Há equipe p/ acompanhamento da PPI		Atua exclusividade		Utiliza Instrumento específico p/		Instrumento Citado	n.º de Municípios acompanhados.	OBSERVAÇÃO	
	SIM	NÃO	Mensal	Semestral	Anual	Outro Período	Supervisão	Análise Relato	Oficina	Sist. Inf.	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO				
PA	X			X			X	X	X		X			X	X				143	é realizado c/ a participação do nível central, regional e municipal
RO	X		X	X	X	X	X	X	X			X		X	X				52	por meio dos coordenadores dos programas
RR	X			X			X	X	X		X			X	X				15	
AC	X					trimestral	X	X			X			X	X				22	instrumento elaborado p/ monitoramento e avaliação conjunta da ppi vs e planigi
AM	X						X	X	X		X			X	X				9	vê roteiro
AP		X										X				X				não fez acompanhamento das ações
TO	X		X	X	X		X	X		X	X			X	X				139	
RN	X		X	X	X		X	X	X		X			X	X			Não respondeu	167	
CE	X		X	X	X		X	X	X		X			X	X			Roteiro de monitoramento das ações e planilha de acompanhamento	supervisão em 150/184	acompanhamento através de relatórios, boletins informativos e produções da vigilância em saúde
BA	X				X	X	X	X	X		X			X	X			Não respondeu	9	
AL	X		X	X	X	semanal	X	X	X		X		X	X	X			Instrumento único de pactuação da PPI e do Pacto da Atenção Básica	102	
MA	X				X		X	X			X			X	X			o mesmo do Ministério da Saúde	217	não existe um processo específico de acompanhamento, é realizado pelos coordenadores dos programas, na pactuação se faz uma avaliação semanal
PA	X		X	X	X		X	X	X		X			X	X			Não respondeu	223	
PI	X		X	X	X		X	X	X		X			X	X					
PE	X			X			X	X	X		X			X				roteiro de supervisão criado de ações de vigilância.	184	
SE	X		X	X	X	semanal	X	X	X		X			X	X				75	
RS	X			X			X	X	X	X	X		X	X	X				496	
SC	X					CONFIRMA ÁREA	X	X			X			X	X				293	
PR	X		X	X	X		X	X	X	X	X			X	X				399	
SP	X		X	X	X		X	X	X		X		X	X	X				845	
ES	X		X	X	X						X			X	X				78	o acompanhamento é feito pelas áreas temáticas e pelas regionais
MG	X					trimestral					X			X	X				845	
RJ	X		X			X					X			X	X				92	idem ao Espírito Santo, sendo núcleos, ao invés de regionais
DF	X		X			semanal/ trimestral					X			X	X				15 regionais	
GO	X			X							X		X	X	X				246	
MS	X		X	X							X			X	X				1	
MT	X			X		trimestral					X			X	X				128	para SES a interface da vigilância com as demais áreas está em processo de construção

Fonte: Relatórios sínteses do monitoramento da ações de vigilância em saúde/SVS/MS

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para os representantes estaduais

1. Como você definiria a prática de monitoramento estadual da PPI VS?
2. Existia o monitoramento estadual das ações de vigilância em saúde antes da PPI VS? Se sim, como era realizado?
3. Na sua opinião, existe diferença entre a prática de monitoramento da PPI VS desenvolvida pela SES e a avaliação da PPI VS? Se, sim qual seria?
4. Quais os objetivos pretendidos da prática atual de monitoramento da PPI VS desenvolvida por essa SES?
5. Quais são as atividades realizadas no monitoramento estadual da PPI VS? Quais são as que você realiza?
6. As atividades realizadas contribuem para o alcance dos objetivos do monitoramento estadual? Dê um exemplo.
7. Existem recursos orçamentários estaduais previstos para o monitoramento das ações de vigilância em saúde?
8. A equipe dirigente da SES tem conhecimento da prática de monitoramento da PPI VS?
9. Quais são os resultados alcançados a partir da prática de monitoramento da PPI VS? Dê um exemplo.
10. Como você poderia analisar a situação da Vigilância em Saúde no estado a partir dos resultados do monitoramento?
11. Na sua opinião, os resultados do monitoramento da PPI VS são utilizados para quê?

Nome:

Endereço:

Nome da Instituição que trabalha:

Cargo que ocupa na Instituição:

Telefone para contato

Endereço eletrônico pessoal:

Endereço eletrônico institucional:

Para os representantes municipais:

- 5 Você conhece a prática de monitoramento estadual da PPI VS?
- 6 Existia o monitoramento estadual das ações de vigilância em saúde antes da PPI VS? Se sim, como era realizado?
- 7 Na sua opinião, existe diferença entre a prática de monitoramento da PPI VS desenvolvida pela SES e a avaliação da PPI VS? Se, sim qual seria?
- 8 Quais os objetivos pretendidos da prática atual de monitoramento da PPI VS desenvolvida pela SES?
- 9 Na sua opinião, quais são os objetivos da prática de monitoramento da PPI VS que estão sendo alcançados?
- 10 Quais são as atividades que estão sendo realizadas para o monitoramento estadual da PPI VS?
- 11 As atividades realizadas contribuem para o alcance dos objetivos do monitoramento estadual?
- 12 Você tem conhecimento se existem recursos orçamentários estaduais previstos para o monitoramento das ações de vigilância em saúde?
 12. Os secretários municipais de saúde e técnicos têm conhecimento da prática estadual de monitoramento da PPI VS?
 13. Você tem sido informado sobre os resultados do monitoramento?
 14. Os resultados do monitoramento da PPI VS são utilizados para quê?

Nome:

Endereço:

Nome da Instituição que trabalha:

Cargo que ocupa na Instituição:

Telefone para contato

Endereço eletrônico pessoal:

Endereço eletrônico institucional:

APÊNDICE 2 - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Diretor do Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, autorizo a realização da pesquisa sobre a avaliabilidade da prática de monitoramento estadual da Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde, no setor que dirija, da autoria da aluna Gessyanne Vale Paulino, orientada pela Prof.^a Ana Luiza Queiroz Vilasboas do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

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

Porto Alegre, 20 de julho de 2007.

Francisco Zancan Paz,
Diretor do CEVS

Francisco R. Z. Paz
Diretor do Centro Estadual de
Vigilância em Saúde
Núcleo de Assessoria - RES/RS

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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 Gessyanne Vale Paulino, sob a orientação do prof. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, tem por objetivo aferir a avaliabilidade da prática de monitoramento estadual da Programação Pactuada Integrada em Vigilância em Saúde – PPI VS.

Procedimentos: A coleta dos dados implicará na realização de análise dos documentos institucionais da Coordenação Estadual de Vigilância em Saúde, de observação, entrevistas semi-estruturadas com dirigentes e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde e representação dos secretários municipais de saúde do estado, envolvendo perguntas relacionadas à gestão, organização e execução das ações de monitoramento estadual da PPI VS naquele contexto. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. As informações obtidas 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 entrevistado a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado. 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, Gessyanne Vale Paulino que pode ser encontrada no Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala 110, Brasília, Distrito Federal, CEP 70 058 900, tel (061) 3315 36 40/3641 fax (061) 3321 1856, e-mail:

gessyanne.paulino@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 da prática de monitoramento estadual da
 Programação Pactuada Integrada em Vigilância em Saúde – PPI VS. Discuti
 com a pesquisadora responsável, Gessyanne Vale Paulino, 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.

Gessyanne Vale Paulino
 Pesquisadora responsável

APÊNDICE 4 - LISTA DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Catálogo de Vigilância em Saúde: Informações para os secretários municipais, SES/RS, 2005.
2. Resolução da CIB nº64/2003.
3. Parecer Regional da Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças, SES/RS, 2003.
4. Parecer Processo de Supervisão da PPI VS, SES/RS.
5. Apresentação sobre Monitoramento da PPI VS, 5ª Expoepi, 2005.
6. Nota Técnica nº19/2002 – Avaliação do Processo de Descentralização da Funasa, CONASS, Distrito Federal.

APÊNDICE 5 – QUESTÕES DIRIGIDAS AOS TÉCNICOS DA SES PARA APRECIÇÃO DO MODELO LÓGICO DO MONITORAMENTO ESTADUAL DA PPI VS.

1- Todos objetivos e atividades do monitoramento estadual estão contemplados na modelo lógico apresentado? Caso não, indique os que estão faltando.

2- Todos resultados parciais (produtos) estão relacionados ao monitoramento estadual? Teria algum resultado a acrescentar?

3- A seqüência do modelo proposto tem lógica e coerência com o monitoramento estadual realizado pela SES/RS?