



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS
EM SAÚDE**

LARISSA SOARES DA SILVA

**INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS
IMUNOPREVENÍVEIS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PROPOSTA DE DUAS FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO**

Salvador

2021

LARISSA SOARES DA SILVA

**INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS
IMUNOPREVENÍVEIS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PROPOSTA DE DUAS FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva com concentração em Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Dias

Salvador

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S586i da Silva, Larissa Soares.

Integração entre a Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis e a Estratégia Saúde da Família: proposta de duas ferramentas para avaliação / Larissa Soares da Silva. – Salvador: L.S. da Silva, 2021.

139 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Dias.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Modelização. 2. Integração. 3. Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDU 614:3



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

Larissa Soares da Silva

**INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS
IMUNOPREVENÍVEIS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA
DE FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO**

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

Data de defesa: 03 de fevereiro de 2021

Banca Examinadora:

Prof. Juares Pereira Dias– HUPES/UFBA

Profa. Gerluce Alves Pontes da Silva-MS

Profa. Alcina Marta de Souza Andrade–EBMSP

Profa. Monique Azevedo Esperidião-ISC/UFBA

Salvador
2021

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo elaborar ferramentas para as avaliações da integração entre os serviços de Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB). Como os serviços também visam a diminuição das taxas de incidência de doenças imunopreveníveis nos menores de um ano de idade e assim, a redução das taxas de mortalidade infantil, fazem-se necessários que atuem de forma integrada para consecução e otimização dos resultados. Para tanto, é relevante à Saúde Pública e Saúde Coletiva avaliar essa integração. Trata-se de um estudo para modelização da intervenção de uma das etapas do estudo de avaliabilidade (EA). Foram adotadas as seguintes etapas metodológicas: caracterização do problema a ser enfrentado pela intervenção por meio de análise de dados secundários sobre coberturas vacinais e das equipes de Saúde da Família na Bahia e demais estados do Nordeste; identificação de elementos constitutivos da intervenção a partir de análise documental de Portarias Ministeriais, Relatórios Anuais de Gestão, Relatórios de Conferências de Saúde e questionário autoaplicável com os *stakeholders* contendo informações sociodemográficas e sobre integração entre a VEDI e a ESF; e elaboração proposta de duas ferramentas: desenho do Modelo Lógico (ML) e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) focadas nas dimensões estrutura, processo e resultado contemplando uma abordagem quanti-qualitativa. Concernente às etapas metodológicas, produziu-se o ML a partir do qual foram construídos os itens da MAJ, composta por 28 critérios, dos quais seis estavam relacionados com a dimensão estrutura, 14 com processo e oito com a dimensão resultado. Esse estudo teve como foco a etapa de um EA – modelização da integração entre a VEDI e a ESF, com identificação de práticas desenvolvidas no âmbito institucional, dos principais aspectos facilitadores e dificultadores, das propostas dos *stakeholders* para a efetiva integração visando identificar os elementos constitutivos da intervenção, além de possíveis focos de avaliações. Para tal, a pesquisa contribuiu com a construção de duas ferramentas: ML e MAJ, que poderão ser utilizadas para as avaliações do grau de integração entre a VEDI e a ESF tanto no âmbito estadual quanto no municipal.

Palavras chave: Modelização, Integração, Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

This research aimed to develop tools for evaluating the integration between the Epidemiological Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases (VEDI) and the Family Health Strategy (ESF) in Primary Care (AB). As the services also aim at reducing the incidence rates of vaccine-preventable diseases in children under one year of age and thus reducing infant mortality rates, it is necessary that they act in an integrated manner to achieve and optimize results. Therefore, it is relevant for Public Health and Collective Health to evaluate this integration. This is a study to model the intervention of one of the stages of the evaluability study (EA). The following methodological steps were adopted: characterization of the problem to be faced by the intervention through the analysis of secondary data on vaccination coverage and of the Family Health teams in Bahia and other Northeastern states; identification of constitutive elements of the intervention based on document analysis of Ministerial Ordinances, Annual Management Reports, Health Conference Reports and self-administered questionnaire with stakeholders containing sociodemographic information and on integration between VEDI and ESF; and proposal elaboration of two tools: design of the Logical Model (ML) and Matrix of Analysis and Judgment (MAJ) focused on the dimensions structure, process and result contemplating a quantitative-qualitative approach. Concerning the methodological steps, the ML was produced from which the MAJ items were constructed, composed of 28 criteria, of which six were related to the structure dimension, 14 to the process and eight to the result dimension. This study focused on the stage of an EA - modeling the integration between the VEDI and the ESF, with the identification of practices developed at the institutional level, the main facilitating and hindering aspects, the stakeholder proposals for effective integration in order to identify the constitutive elements of the intervention, in addition to possible focus of evaluations. To this end, the research contributed to the construction of two tools: ML and MAJ, which can be used to assess the degree of integration between VEDI and ESF both at the state and municipal levels.

Keywords: Modeling, Integration, Epidemiological Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases, Family Health Strategy

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------|---|-----|
| Quadro 1 | Matriz de pré-análise dos documentos..... | 22 |
| Quadro 2 | Sistematização dos <i>stakeholders</i> do estudo..... | 24 |
| Quadro 3 | Etapa de Organização do Material Documental..... | 26 |
| Quadro 4 | Subdimensões e critérios da dimensão processo do modelo lógico construído..... | 57 |
| Quadro 5 | Subdimensões e critérios da dimensão resultado do modelo lógico construído..... | 58 |
| Quadro 6 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão estrutura; subdimensão estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF..... | 59 |
| Quadro 6.1 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão estrutura; subdimensão estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF..... | 60 |
| Quadro 6.2 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão estrutura; subdimensão estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF..... | 74 |
| Quadro 6.3 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão estrutura; subdimensão estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF..... | 80 |
| Quadro 6.4 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão processo; subdimensão Desenvolvimento das ações de VEDI nas ESF..... | 83 |
| Quadro 6.5 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão processo; subdimensão Produção, monitoramento e disseminação das informações de forma integrada..... | 90 |
| Quadro 6.6 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão resultado; subdimensão Resultados..... | 93 |
| Quadro 6.7 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão resultado; subdimensão Objetivos..... | 96 |
| Quadro 7 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão estrutura; subdimensão Estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF..... | 97 |
| Quadro 7.1 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão estrutura; subdimensão Estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF..... | 107 |
| Quadro 7.2 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão processo; subdimensão Gestão Integrada dos Processos de Trabalho..... | 111 |
| Quadro 7.3 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão processo; subdimensão Desenvolvimento das ações de VEDI nas ESF..... | 114 |
| Quadro 7.4 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão processo; subdimensão Produção, monitoramento e disseminação das informações de forma integrada..... | 118 |
| Quadro 7.5 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão resultado; subdimensão Resultado..... | 121 |
| Quadro 7.6 | Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão resultado; subdimensão Objetivos..... | 124 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------|--|----|
| Gráfico 1 | Cobertura da Estratégia de Saúde da Família segundo ano de implantação. Estado da Bahia. 2008-2018..... | 28 |
| Gráfico 2 | Incremento de Cobertura e número de equipes da Estratégia Saúde da Família. Estados do Nordeste do Brasil. 2008-2018..... | 29 |
| Gráfico 3 | Coberturas vacinais em menores de um ano de idade. Estado da Bahia. 2008-2018..... | 30 |
| Gráfico 4 | Decremento da Cobertura vacinal de BCG, Pentavalente, Poliomielite, Pneumocócica 10 valente, Meningite C e Febre Amarela em menores de um ano de idade. Estado da Bahia. 2008-2018..... | 31 |
| Gráfico 5 | Média e tendência temporal da cobertura vacinal em menores de um ano de idade e da cobertura da Estratégia de Saúde da Família segundo ano de implantação. Estado da Bahia. 2008-2018..... | 32 |

LISTA DE FIGURA

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Modelo lógico da Integração da Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB) da Bahia..... | 54 |
|----------|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACE: Agente de Combate às Endemias

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AI: Apoio Institucional

APS: Atenção Primária à Saúde

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BRS: Base Regional de Saúde

CAMAB: Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica

CEADI: Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos

CENADI: Central de Armazenagem e Distribuição de Insumos Estratégicos

CES: Conselho Estadual de Saúde

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIR: Comissão Intergestores Regionais

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CIVEDI: Coordenação de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

CMS: Conselho Municipal de Saúde

COAD: Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica

COAM: Coordenação de Avaliação e Monitoramento

COGEP: Coordenação de Gestão e Projetos

COAGRAVOS: Coordenação de Vigilância e Controle de Agravos

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CS: Conferências de Saúde

CV: Cobertura Vacinal

DAB: Diretoria de Atenção Básica

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DIRES: Diretorias Regionais de Saúde

DIVEP: Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DTP: Difteria, Tétano e Coqueluche

EA: Estudo de Avaliabilidade

EAPV: Eventos Adversos Pós Vacinas

ESF: Estratégia Saúde da Família

eSF: Equipe de Saúde da Família

GM: Gabinete do Ministro
GT: Grupo Técnico
FA: Febre Amarela
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCQS: Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
ISC: Instituto de Saúde Coletiva
MAJ: Matriz de Análise e Julgamento
ML: Modelo Lógico
MS: Ministério da Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
NRS: Núcleo Regional de Saúde
OMS: Organização Mundial de Saúde
PNAB: Política Nacional da Atenção Básica
PNI: Programa Nacional de Imunização
PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAG: Relatórios Anuais de Gestão
RT: Referência Técnica
SAIS: Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SAS: Secretaria de Assistência à Saúde
SEC: Secretaria de Educação e Cultura
SESAB: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SF: Saúde da Família
SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIPNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SMS: Secretária Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
SUVISA: Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS: Unidade Básica de Saúde
UFBA: Universidade Federal da Bahia
VE: Vigilância Epidemiológica
VEDI: Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis
VS: Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 | OBJETIVO DO ESTUDO..... | 14 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 14 |
| 2.2 | Objetivos Específicos..... | 14 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 15 |
| 3.1 | Avaliabilidade de Programas e Modelo Lógico..... | 15 |
| 3.2 | Programa Nacional de Imunização, Vigilância Epidemiológica no SUS..... | 17 |
| 3.3 | Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Integração..... | 18 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 21 |
| 4.1 | Desenho do estudo..... | 21 |
| 4.2 | Contexto do Estudo..... | 23 |
| 4.3 | Participantes do estudo..... | 23 |
| 4.4 | Produção e análise dos dados..... | 25 |
| 4.5 | Aspectos éticos..... | 28 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 29 |
| 5.1 | Caracterização do Problema da Intervenção e seu contexto..... | 29 |
| 5.2 | Integração entre a VEDI e a ESF: contribuições para definição dos elementos constitutivos da intervenção..... | 36 |
| 5.2.1 | Práticas institucionais relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF..... | 36 |
| 5.2.2 | Aspectos facilitadores e dificultadores para a integração entre a VEDI e a ESF.. | 39 |
| 5.2.3 | Propostas para a efetiva integração entre a VEDI e a ESF..... | 43 |
| 5.3 | Modelo Lógico da Integração entre a VEDI e a ESF..... | 54 |
| 5.4 | Proposta de Matriz de Análise e Julgamento..... | 56 |
| 5.5 | Possíveis focos de avaliações..... | 125 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 126 |
| | REFERÊNCIAS..... | 128 |
| | APÊNDICE A. Roteiro do Questionário Autoaplicável..... | 136 |
| | APÊNDICE B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 138 |

1 INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde (VS) consiste em um modelo de atenção voltado para as necessidades sociais de saúde, envolvendo um conjunto articulado de ações e atividades com o objetivo do controle de riscos e danos à saúde da população, tendo os determinantes ecossociais como subsídios amplamente utilizados no processo de definição dos problemas prioritários e das possíveis respostas sociais para seu enfrentamento. (ARREAZA; MORAES, 2010). A sua concepção está focada na promoção da qualidade de vida e tem como um dos componentes a Vigilância Epidemiológica (VE) com recursos destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças (SOUZA, 2000 e BEZERRA *et al*, 2009).

Em 2006, ao ser criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu em seu escopo ser a Atenção Básica (AB) a principal porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde, quer na promoção e proteção da saúde, como na prevenção de doenças/agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, funcionando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços de saúde na rede, dos atendimentos mais simples aos mais complexos. Para tanto, é fundamental a sua orientação pelo princípio da integralidade da atenção. Dentre a AB, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que disponibiliza atendimentos de saúde, como consultas, exames, vacinas, dentre outros nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços na descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da VE, dificuldades estruturais do sistema de saúde, e da própria integração das ações de VE com os níveis assistenciais nos serviços, dentre estes a AB, têm demonstrado um caráter meramente descritivo, restrito à coleta de dados, e por vezes, à transmissão destes a outros níveis (OLIVEIRA, 1989).

Um estudo desenvolvido no município de Recife concluiu que ainda não é uma prática o desenvolvimento das ações básicas de saúde integradas às ações de vigilância, sendo recomendada a integração entre os profissionais da ESF – que têm como competência a execução das ações básicas de saúde no nível local – e os técnicos de VE (BEZERRA, 2006).

Para a concretização da VS é fundamental a compreensão e execução da integralidade das ações tanto no aspecto da organização do sistema de saúde, assim como por parte dos profissionais e usuários dos serviços (SAMICO, 2003).

Um dos eixos da VE é o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que contempla a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis (VEDI). Para a congruência dessas

atividades, é importante que a equipe da ESF execute a vacinação e as atividades de VEDI de forma integrada (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Observa-se, portanto, que a integração entre o PNI e VEDI suscita o aumento da remessa de informações pelo nível local e mobilização para as atividades de VE, melhorando as ações de controle das doenças transmissíveis, tanto a nível local quanto regional e central (OLIVEIRA, 1989).

Além disso, há inúmeras evidências da importância da imunização e da VEDI na diminuição da mortalidade infantil, das internações e na qualidade de vida dos indivíduos e coletividade, sobretudo quando se tem a epidemiologia como norteadora das ações de planejamento, monitoramento e avaliação e a definição de prioridades nos serviços de saúde fortalecida pela ESF - executora das ações e do trabalho “*vivo em ato*” no território delimitado com população adscrita (HATISUKA, 2020).

Nos últimos 10 anos no Estado da Bahia, a cobertura da ESF teve um incremento de 29,92% e, no entanto, notou-se queda nas coberturas vacinais (CV) em menores de um ano de idade a partir de 2016 (Relatório Público, 2019; PNI, 2008 a 2018; SIPNI, 2018).

O aumento da cobertura da ESF e a diminuição das CVs, bem como o risco do aumento da incidência de doenças imunopreveníveis nos menores de um ano de idade refletem a necessidade de operacionalizar a integração entre a VEDI e a ESF no intuito de manter altas taxas de CVs, de contribuir para a homogeneidade dessas coberturas, de diminuir a taxa de incidência de doenças imunopreveníveis nos menores de um ano de idade e assim, de reduzir a taxa de mortalidade infantil.

Para tanto, é relevante para a Saúde Coletiva/Pública avaliar o grau de integração entre a VEDI e a ESF. Neste sentido, pretendeu-se realizar a modelização e a elaboração de duas ferramentas para avaliações dessa integração tanto em nível Estadual como no âmbito municipal.

No presente estudo, a VEDI e a ESF são atividades/programas, aqui considerados, como tecnologias de saúde. Segundo a Portaria Nº 2.510/GM de 2005¹, tecnologias em saúde consistem nos insumos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas de informação, programas (grifo nosso) e protocolos assistenciais, com objetivo de prestar atenção à saúde da população (BRASIL, 2005).

¹ Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005, que institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT.

Na perspectiva de programa, compreende-se que a operacionalização da integração perpassa serviços bem implantados e, periodicamente, avaliados com indicadores estabelecidos. Dessa forma, o presente estudo propôs duas ferramentas para avaliação do grau de integração entre a VEDI e a ESF.

Assim, acredita-se na pertinência desse estudo pela possibilidade de contribuição aos serviços de saúde municipais e às novas pesquisas, com a construção de Modelo Lógico (ML) que sistematiza essa integração e das Matrizes de Análise e Julgamento (MAJ) que estabelecem indicadores de medição da integração em nível Estadual e, municipal; também pela necessidade de avaliar o grau dessa integração para subsidiar a tomada de decisões; além da probabilidade de avanços e/ou reorganização dessa integração, bem como pela carência de pesquisas avaliativas no país sobre a integração entre a VEDI e a ESF.

O presente trabalho teve como foco o momento de modelização da intervenção de um EA, com a elaboração da proposta de duas ferramentas para avaliação dessa integração.

Diante disto, as perguntas que se pretendem responder com esse estudo são: quais as ferramentas que servem para sistematizar a integração entre a VEDI e a ESF e para avaliar o grau dessa integração no âmbito estadual e no municipal?

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo Geral

Elaborar a ferramenta matriz de análise e julgamento (MAJ) para avaliação do grau de integração entre a VEDI e a ESF nos âmbitos estadual e municipal.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Caracterizar e contextualizar o problema da intervenção;
- 2.2.2 Descrever práticas institucionais relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF;
- 2.2.3 Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a integração entre a VEDI e a ESF a partir da percepção dos *stakeholders*;
- 2.2.4 Descrever propostas dos *stakeholders* para a efetiva integração entre a VEDI e a ESF;
- 2.2.5 Construir a ferramenta modelo lógico (ML) da integração entre a VEDI e ESF;
- 2.2.6 Identificar possíveis focos de avaliações;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Avaliabilidade de Programas e Modelo Lógico

No âmbito da saúde pública/coletiva, é recomendável que antes de iniciar a avaliação sistemática de uma política ou de um programa seja realizado um estudo exploratório da situação concreta, isto é, uma prévia da avaliação – como é o caso do estudo de avaliabilidade (EA) que se trata de uma pré-avaliação realizada para identificar se um programa é bem concebido e consistentemente implementado de forma a poder se submeter a uma avaliação sistemática (PATTON, 2002; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 24).

Desse modo, o EA precede a avaliação propriamente dita e aponta para sua utilidade e oportunidade, tornando-a mais consistente e com maior credibilidade, encerrando-se com a elaboração de recomendações o que fortalece seu uso para a tomada de decisão (NATAL *et al.*, 2010; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 36). Cabe salientar que o EA ao fazer recomendações busca também o aumento da qualidade dos serviços/programa (CHAMPAGNE *et al.*, 2013a).

Por ser um exame sistemático e preliminar, que antecede a avaliação de um programa, em sua teoria e em sua prática, ou seja, desenvolvido antes da avaliação propriamente dita, tem como utilidade determinar se há justificativa para uma avaliação extensa, delimitar melhor os objetivos do programa, identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação por meio da descrição de um plano para a avaliação, incluindo as relações entre as partes interessadas, a lógica de funcionamento, a análise de plausibilidade e da viabilidade dos objetivos. Almeja-se com isso, a descrição dos modelos lógico e teórico fundamentais a serem abordadas pela avaliação, o plano de avaliação e o acordo entre as partes interessadas (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 32-33; TREVISAN, WALSER, 2014; *apud* SILVA *et al.*, 2018; THURSTON, RAMALIU, 2005;).

Em um EA, as partes interessadas são os *stakeholders*. Tais informantes-chaves conhecem a situação com profundidade, são pessoas que coordenam e executam o programa nos diversos níveis (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 35). Afinal, “são os atores de fato que moldam a intervenção e lhe dão sua forma particular em um determinado momento e contexto” (CHAMPAGNE *et al.*, 2013a).

De acordo com Trevisan; Huang (2007), a inclusão das partes interessadas aumenta a probabilidade do programa ser desenvolvido e aperfeiçoado para atender as necessidades reais e da avaliação ser realizada na busca de descobertas significativas.

Argumenta-se que o EA é um processo cíclico e dinâmico que contempla múltiplas etapas como: revisão de documentos; entrevistas com os *stakeholders*; descrição do programa

identificando os objetivos, as metas, e as atividades que o constituem; desenvolvimento e pactuação do ML operacional (modelagem de insumos, de recursos, atividades previstas/pretendidas no programa, impactos esperados e vínculos causais assumidos) com os interessados; análise e comparação entre o ML desenhado e como o programa opera; apresentação do modelos aos gestores; elaboração de recomendações que identifiquem área de melhoria do programa, componentes do programa a serem avaliados e questões de avaliação que são viáveis e úteis (LEVITON *et al.*, 1998; THURSTON, RAMALIU, 2005; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Um componente obrigatório do EA é a análise lógica que consiste na elaboração de um ou mais modelos lógicos, logo o desenvolvimento do ML é uma etapa crucial no EA de qualquer programa (MERCER e GOEL, 1994; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 34).

O ML pode corresponder a uma representação gráfica da teoria do programa ou pode representar o programa como está sendo operacionalizado na prática (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

O ML operacional ou modelo da intervenção é uma maneira visual e sistemática de ilustrar os componentes do programa, os produtos e como eles se relacionam entre si, ou seja, de apresentar as relações entre a intervenção e efeito (MERCER e GOEL, 1994; CRUZ, 2013, p. 43).

Para isto deve-se incluir os objetivos do programa, os serviços relacionados, recursos necessários para operacionalizar, as atividades planejadas e as práticas requeridas para a execução dos seus componentes, os resultados esperados a curto e longo prazo, suas metas, seus efeitos na situação da saúde da população e na organização dos serviços e os vínculos entre eles (NATAL *et al.*, 2010; MEDINA *et al.*, 2010, p. 46; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p 29; CRUZ, 2013, p. 43).

Nesse sentido, a construção do ML de um programa consiste em esquadrihá-lo considerando seus componentes e operacionalização e etapas necessárias para a transformação dos objetivos em metas (MEDINA *et al.*, 2010).

Portanto, defende-se uma associação do ML com o ato de planejar, o qual se trata de desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade e nessa direção, o ML possibilita apreciar a diferença entre a intervenção como fora prevista e a que é de fato implantada (TEIXEIRA, 2010, p. 17; BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Para isto, a modelização deve ser feita em interação com os atores envolvidos no programa (BROUSSELLE *et al.*, 2011), associado à busca da opinião de especialistas e revisão

de literatura – o que pode transformar esta fase inicial da avaliação em uma tarefa árdua, mas indispensável (RENGER; TITCOMB, 2002; *apud* MEDINA *et al.*, 2010).

O diagrama do ML, sua descrição, com a essência do programa e o plano de medidas – a MAJ (Matriz de Análise e Julgamento) - são os produtos finais da modelização. No processo de construção do ML, algumas etapas são necessárias como realizar coleta de informações sobre o programa a partir de várias fontes (documentos, entrevistas, revisão de literatura); definir claramente o problema objeto da intervenção e seu contexto; identificar os elementos do ML; desenhar o ML; e por fim, avaliar continuamente, juntos aos grupos envolvidos, se o modelo produzido representa a lógica do programa (MCLAUGHLIN E JORDAN, 1999; *apud* MEDINA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, elaborar um ML de um programa possibilitará visualizar como o programa deve ser implementado, quais resultados são esperados e permitirá definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados (MEDINA *et al.*, 2010).

3.2 Programa Nacional de Imunização, Vigilância Epidemiológica e SUS

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973, com o objetivo de promover o controle das principais doenças infectocontagiosas da época: sarampo, poliomielite, tuberculose, tétano, difteria e coqueluche (KOEHLER e SANTOS, 2017, p. 48).

Posteriormente, em 1975, através da Lei nº 6.259², foi definido que compete ao Ministério da Saúde (MS) a coordenação e apoio técnico e às Unidades Federadas e aos municípios a execução do programa. Ainda nessa Lei, foi regulamentada a VE, tendo o MS a competência de implantar e coordenar, tornando obrigatória a notificação das doenças transmissíveis selecionadas. Às Unidades Federadas e aos municípios cabem a execução das ações de VE: informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde (BRASIL, 1975).

Em 1990, o SUS, por meio da Lei nº 8.080/90³, incorporou a VE como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos

² Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

³ Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

Para concretizar essa concepção ampliada da VE foi necessário redefinir as competências de cada esfera de governo, estabelecendo à direção estadual, coordenar, em caráter complementar, e executar ações e serviços; e à direção municipal, a sua execução (BRASIL, 1990).

Para o cumprimento da lei, portanto, direcionou-se para uma VE descentralizada, flexível às necessidades de saúde locais e integrada aos níveis central, estadual e regionais. Para isso, a VE implica em um sistema organizado para a obtenção de informações que tenham utilidade na previsão de eventos ligados à saúde, de maneira que ações efetivas de prevenção e controle possam ser implementadas (CARVALHO e WERNECK, 1998, p. 23). Sendo assim, justifica-se que a VE seja intrínseca a todos os níveis de saúde: baixa, média e alta complexidade.

Dentre as ações de VE para as doenças imunopreveníveis, há a vacinação de bloqueio. Nesse sentido, faz-se necessário registrar que houve a incorporação de novas vacinas no Calendário Nacional de Vacinação como, por exemplo, vacina contra influenza, vacina contra HPV, vacina dTpa que contemplam outros públicos alvos e a substituição da vacina tetravalente pela pentavalente em 2012. (BRASIL, 2014)

Entretanto, ocorreu também o desabastecimento de algumas vacinas sobretudo do calendário de vacinação infantil nas salas de vacina do país. Em 2017, por exemplo, o MS publicou notas informativas sobre o desabastecimento da vacina BCG, justificando que os lotes se encontravam em análise para controle de qualidade pelos órgãos competentes (BRASIL, 2017b, 2017c, 2018a). Também nesse ano, nos meses de julho a novembro, houve desabastecimento da vacina pentavalente perdurando até março de 2018 (BRASIL, 2017c; 2018b).

Fatos esses preocupantes, uma vez que as baixas CV podem influenciar no aumento do número de casos da doença (BRASIL, 2017c, 2018b). A falta da vacina pode resultar na não vacinação oportuna dos recém-nascidos, o que pode impactar a redução das CVs no Brasil, nos Estados do Nordeste e na Bahia, bem como impactar na integração entre a VEDI e a ESF.

3.3 Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Integração

Desde a implantação do SUS, têm sido implementadas políticas com o objetivo de constituir um sistema público universal de saúde no Brasil. Agregado ao processo de

descentralização, o estabelecimento de transferências *per capita* para a AB e incentivos para implantação nos municípios dos programas de Saúde da Família (SF) e de agentes comunitários de saúde (ACS), a partir da Norma Operacional Básica do SUS 96 (NOB 96), contribuíram para expansão da cobertura populacional no acesso às ações de saúde e influenciaram a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, no âmbito da AB, por meio da ESF (MENDONÇA *et al.*, 2018, p. 30).

Como processo de mudança de modelo, o programa de SF que era focado nas populações excluídas do consumo dos serviços – populações pobres, principalmente as mais marginalizadas de acesso aos cuidados básicos de saúde - evoluiu para o sentido de estratégia – Estratégia de Saúde da Família (ASSIS *et al.*, 2010, p. 39 e 114).

A ESF consistiu no dispositivo de mudança do cuidado em saúde, no intuito da garantia da universalização do acesso aos serviços de saúde e do foco nas necessidades de saúde em um determinado território. É a estratégia prioritária para a organização da AB e do sistema local de saúde, tendo a centralidade na família e o direcionamento para a comunidade (ASSIS *et al.*, 2010, p. 39; MEDONÇA *et al.*, 2018, p. 31).

Desde então, a AB vem desempenhando papel central na organização da rede de atenção. Importante salientar que AB é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em/à saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado (grifo nosso) e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2014).

A AB, portanto, é a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados no SUS. Inclusive, na PNAB, tem-se a reafirmação da SF como estratégia prioritária para expansão, organização, consolidação e qualificação da AB e do sistema local de saúde (BRASIL, 2017 e MENDONÇA *et al.*, 2018, p. 29).

A despeito da nova PNAB, a integração entre a VS e AB é considerada condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na direção da integralidade da atenção à saúde e visando estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (BRASIL, 2017 e MEDONÇA *et al.*, 2018, p. 31).

De acordo com a PNAB, a integração do trabalho entre AB e VS é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública

/coletiva para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017, p. 28).

Nessa mesma esteira, faz-se necessário conhecer teoricamente que integração significa a coordenação e a cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um sistema de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Ou seja, é necessário que ambos os serviços – AB e VS - estejam bem implantados e sejam sistematicamente avaliados no intuito da melhoria contínua.

A PNAB corrobora que as ações de VS estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da AB e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para a vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública/coletiva; detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública/coletiva; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes (BRASIL, 2017, p. 28).

Importante ressaltar que o princípio do SUS de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, visto que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população. Sendo, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e de coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Sendo assim, para que a integralidade da atenção se concretize no SUS, a integração dos serviços é condição *sine qua non* para que o atributo/diretriz da AB longitudinalidade do cuidado seja efetivado. A longitudinalidade do cuidado é a continuidade da sua relação com a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017, p. 7).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo que teve como foco a modelização – etapa de um estudo de avaliabilidade (EA), não sendo cumpridas todas demais etapas. O EA consiste em uma técnica para identificar as necessidades de conhecimento das partes interessadas, a fim de recomendar um enfoque e métodos de avaliação (LEVITON *et al.*, 1998). Nesse sentido, pondera-se que esta pesquisa consistiu em uma etapa da pré-avaliação da integração entre a VEDI e a ESF na AB.

Na perspectiva de programa, o nível de realidade a ser estudado foi a integração entre a VEDI e a ESF, desde o que é necessário, o como e o para quê, ou seja, a operacionalização integrada desses serviços, que corresponde a um grau de maior complexidade de organização das ações onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, coordenadas ou não, voltadas para um grupo etário ou problema de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2010, p. 22).

Cabe salientar que programa corresponde a um grau de organização das práticas onde há definição de objetivos, atividades e recursos para resolução de problemas definidos de saúde, podendo ou não estar sendo desenvolvido ao interior de um serviço, estabelecimento ou sistema de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2010, p. 35).

O presente trabalho se refere ao momento um de um EA - elaboração do ML com base em revisão de documentos e entrevistas com os *stakeholders* -, não sendo contemplados os momentos 2 - análise e comparação entre o ML desenhado e como o programa opera - e 3 - elaboração de recomendações que identifiquem área de melhoria do programa, componentes do programa a serem avaliados e questões de avaliação que são viáveis e úteis, ou o desenho da avaliação (SOUZA *et al.*, 2017).

A metodologia da pesquisa foi organizada em três etapas:

1ª etapa: uso de dados secundários dos sistemas de informação em saúde (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SIPNI) para descrever a situação das doenças imunopreveníveis e coberturas vacinais nos menores de 01 ano de idade e coberturas da ESF a fim de delimitar o problema objeto da intervenção, através do cálculo dos indicadores;

2ª etapa: revisão de literatura, análise documental e uso de questionário autoaplicável para identificar possíveis elementos constitutivos do ML;

Para análise documental, foram consultados os documentos técnicos institucionais registrados entre os anos de 2008 e dezembro de 2018, disponibilizados por meio de arquivos tradicionais ou por via eletrônica. Para selecionar os documentos, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: documentos que tratavam de AB, VS, integração entre AB e VS e entre a VEDI e ESF.

Os textos foram lidos seguindo a cronologia das publicações, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta, ou seja, destacando-se as informações relevantes para a descrição da integração entre a VEDI e ESF, bem como as contribuições para a construção do ML e da MAJ.

Para a coleta dos dados, foi elaborada uma matriz de pré-análise (Quadro 1) considerando os aspectos relacionados à integração entre a VEDI e a ESF e variáveis de interesse da pesquisa: situação atual do problema, determinantes, objetivos, as etapas para o seu desenvolvimento, recursos necessários, metas a serem alcançadas.

Quadro 1: Matriz de pré-análise dos documentos.

| Tipo de documento/ano | Autor Institucional | Tema Central (o que? Situação atual do problema) | Por que? (causas) | Objetivos | Como? (ações específicas) | Com o quê? (recursos) | Metas? |
|-----------------------|---------------------|--|-------------------|-----------|---------------------------|-----------------------|--------|
| | | | | | | | |

Todos os documentos foram arquivados em pastas digitais. O critério estabelecido para tal organização foi a fonte documental. As leituras tiveram papel central nessa fase. Para cada documento foi realizada o preenchimento da matriz de pré-análise, além de algumas transcrições de trechos que poderiam ser utilizados posteriormente.

3ª etapa: desenho do ML;

O EA busca o aumento da qualidade do programa e tem ML como premissa para seu desenvolvimento, pois a partir do ML são definidas as demais etapas e instrumentos da pesquisa (CHAMPAGNE *et al.*, 2013a).

Assim sendo, o ML foi construído baseado nas dimensões estrutura, processo e resultados. A estrutura se refere a quantos e quais são os recursos (humanos, materiais e

organizacionais) necessários no desenvolvimento de determinada ação. O processo relaciona-se a tudo aquilo que medeia a relação profissional-usuário, a prática propriamente dita, ou seja, ao que é feito e como é feito nas organizações para atender as demandas da população. E o resultado é relacionado com os produtos das ações e com a modificação no estado de saúde dos indivíduos e da população em decorrência da assistência e, no caso da vigilância, com a diminuição dos riscos e na promoção da saúde, logo o resultado identifica qual o impacto da ação desenvolvida pelo serviço de saúde, através dos indicadores de saúde (SANTOS; MELO, 2012; VIEIRA-DA-SILVA, 2010, p. 21; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p.40-41).

4.2 Contexto do Estudo

Devido à complexidade e dimensão da ESF, foi necessário realizar um recorte do objeto do estudo para construção do ML e da MAJ da integração, sendo este as doenças imunopreveníveis que acometem os menores de um ano de idade.

O presente trabalho concentrou-se na modelização da integração entre a VEDI e a ESF, contemplando desde o que é necessário, o como e os resultados esperados.

4.3 Participantes do estudo

Foram convidados a participar deste estudo os gestores e trabalhadores de saúde do nível estadual envolvidos com a coordenação das atividades de vacinação e/ou de VEDI e/ou ESF da AB, lotados na Coordenação de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CIVEDI) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) ou na Coordenação de Vigilância e Controle de Agravos (COAGRAVOS) da DIVEP, ou na Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

A seleção dos participantes consistiu numa amostragem intencional, visto que a escolha considerou o envolvimento na intervenção, o potencial e capacidade de contribuir no processo de implementação e na tomada de decisão para operacionalização da integração entre a VEDI e a ESF no Estado da Bahia. O rol dos trabalhadores de saúde atendeu aos critérios de inclusão descritos abaixo.

Como a CIVEDI contempla o programa de imunização e a VEDI na Bahia caracterizou-se, assim, como um campo importante da pesquisa, com os seus quatro últimos gestores considerados como informantes-chaves. Os técnicos da CIVEDI convidados para o estudo foram os representantes dos Grupos Técnicos (GT) de monitoramento das doenças imunopreveníveis que acometem aos menores de um ano de idade – com exceção do técnico

responsável pelas hepatites virais que faz parte do setor COAGRAVOS da DIVEP -, do GT do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) da Bahia e da Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI).

Em relação à DAB, que é constituída de quatro coordenações - Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica (COAD); Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM); Coordenação de Gestão e Projetos (COGEP); e Telessaúde Bahia - os técnicos coordenadores de cada uma dessas e a assessoria do gestor atual foram convidados.

Quadro 2: Sistematização dos *stakeholders* do estudo.

| Segmento Social dos entrevistados | Nº | Esfera de Governo | Instituição/Função |
|-----------------------------------|----|-------------------|---|
| Gestor ou ex-Gestor | 05 | | CIVEDI e DAB |
| Trabalhador de Saúde | 01 | Estadual | Técnico do Grupo Técnico (GT) de difteria, tétano e coqueluche (DTP) da CIVEDI; |
| | 01 | | Técnico do GT de Meningites da CIVEDI; |
| | 01 | | Técnico dos GTs de Paralisia Flácida Aguda e Influenza da CIVEDI; |
| | 01 | | Técnico do GT de Hepatites Virais da COAGRAVOS; |
| | 01 | | Técnico do GT do SIPNI/CIVEDI; |
| | 01 | | Técnico da CEADI/CIVEDI; |
| | 01 | | Técnico da DAB da COAD; |
| | 01 | | Técnico da DAB da COAM; |
| | 01 | | Técnico da DAB da COGEP; |
| | 01 | | Técnico da DAB do Telessaúde Bahia; |

O critério de exclusão nos dois grupos foi a indisponibilidade em responder o questionário. Entretanto, todos os *stakeholders* responderam.

Participaram da pesquisa, 15 *stakeholders* da Gestão Estadual da Bahia, 10 (66,7%) da DIVEP/SESAB e 05 (33,3%) da DAB, sendo a maioria 14 (93,3%) do sexo feminino.

A média de idade dos *stakeholders* foi 47,6±8,6 anos, variando de 36 a 63 anos. A maioria tinha a formação profissional em enfermagem, sete (46,7%), seguida de odontologia, quatro (26,7%) e uma (6,7%) em cada uma das seguintes categorias profissionais: Saúde Pública, Saúde Coletiva, Farmácia, Medicina Veterinária e Administração.

Todos tinham pós-graduação, sendo nove (60,0%) especialização, cinco (33,3%) mestrado e um (6,7%) doutorado em andamento. Vale ressaltar que as pós-graduações tinham

como área de concentração a saúde pública, saúde coletiva e epidemiologia, exceto uma que era MBA em *Marketing*.

A maioria dos informantes-chaves, 12 (80,0%), ingressou mediante concurso público e apenas três (20,0%) eram contratados/celetistas, sendo um atuando nas imunizações e dois na AB. Sobre a função desempenhada no serviço, cinco (33,3%) atuavam como coordenadores, nove (60,0%) como técnico e uma (6,7%) assessora. O tempo médio no exercício da função foi de $11,6 \pm 5,8$ anos, variando de 4 a 28 anos. Vale ressaltar que três (20,0%) dos *stakeholders* eram ex-gestores, todos da SESAB/DIVEP/CEADI.

4.4 Produção e Análise dos dados

Foram utilizados dados secundários de 2008 a 2018 dos sistemas de saúde - como Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net), SIPNI/Bahia e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) -: incidência das doenças imunopreveníveis nos menores de um ano de idade; cobertura vacinal de BCG, tetra/pentavalente, vacina inativada contra poliomielite/VIP, pneumocócica 10 valente, meningocócica C e febre amarela nos menores de um ano de idade); e cobertura da ESF - para melhor delimitação do problema a ser enfrentado pela intervenção, ou seja, a integração; além de análise documental e respostas de questionário com informantes-chaves que resultaram na construção do ML.

Foram calculados os coeficientes de incidência (100.000hab.), cobertura vacinal (100%) e tendência temporal, utilizando a regressão linear simples. Os cálculos foram realizados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*® versão 21. Também foram utilizados dados de cobertura da ESF dos estados do nordeste, obtidos do Relatório do e-Gestor – Cobertura da Atenção Básica da DAB do MS.

De acordo com a Portaria nº 2.436/2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS, a equipe de Saúde da Família (eSF) é composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017) com os profissionais de saúde de Nível Superior da eSF, preferencialmente, com especialidade em medicina de família e comunidade ou em saúde da família (BRASIL, 2017a).

A cobertura da ESF corresponde à cobertura populacional estimada pelas equipes da ESF, dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional (BRASIL, 2020a; 2020b.).

Para análise documental, os documentos analisados foram: Portarias do Ministério da Saúde, Relatórios de Gestão, Relatório de Conferências de Saúde.

Tal organização permitiu identificar duas circunstâncias distintas da produção: a) da esfera de governo Federal, com a utilização principalmente de portarias do MS; b) da esfera de governo Estadual da Bahia, por meio dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Plano Estadual de Saúde e Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde (Quadro 5).

Quadro 3: Etapa de Organização do Material Documental

| Esfera de Governo | Documentos |
|--------------------------|--|
| Federal | Portaria GM/MS nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009: diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde (2009); |
| | Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011: Política Nacional da Atenção Básica (2011); |
| | Portaria GM/MS nº 1.378 de 09 de julho de 2013: responsabilidades e diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde (2013); |
| | Portaria GM/MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017: Política Nacional da Atenção Básica (2017); |
| | Relatório Final da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde (2018); |
| | Guia Política Nacional de Atenção Básica. Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde (2018); |
| Estadual | Relatório Anual de Gestão Estadual 2008 a 2017 ⁴ ; |
| | Plano Estadual de Saúde da Bahia 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019; |
| | Relatório Final das Conferências Estaduais de Saúde da Bahia 2008, 2011, 2015; |
| | Resolução CIB nº 91/2008: adequação da Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006 às especificidades do Estado da Bahia e estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado; (2008) |
| | Resolução CIB nº 85/2012: diretrizes, os princípios e estratégias estaduais para a Atenção Básica na Bahia (2012); |
| | Resolução CES nº 14/2012: Política Estadual de Atenção Básica (2012); |

⁴ O relatório Anual de Gestão 2018 do Estado da Bahia ainda não está disponível.

| |
|---|
| Decreto nº 14.457 de 03 de maio de 2013: Política Estadual de Atenção Básica (2013); |
| Planejamento Estadual do Departamento de Atenção Básica (2015-2019); |
| Programação Anual de Saúde do Estado da Bahia (2017 e 2018); |
| Relatório da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde da Bahia (2017); |
| Nota Técnica Conjunta DIVEP/SUVISA/SESAB e DAB/SAIS/SESAB nº 09 de 08 de agosto de 2018: integração entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e a Estratégia e-SUS da Atenção Básica (2018); |
| Portaria Conjunta SESAB/SEC nº 01 de 29 de agosto de 2018: obrigatoriedade da apresentação da carteira/cartão de vacinação em creches e escolas, em todo o território do Estado da Bahia (2018); |

Como limitação, identificou-se não disponibilidade, em tempo hábil, dos RAG da CIVEDI e da DAB 2008 a 2018 para compor a análise documental e a não existência de textos institucionais (dentre os lidos) abordando a integração entre a VEDI e a ESF.

A aplicação do questionário ocorreu nos meses de junho e de julho de 2020. O roteiro do questionário foi elaborado visando contribuir com às questões do momento da modelização da intervenção: explicação do problema e referências básicas da integração; estruturação da integração para alcance de resultados; aspectos facilitadores e dificultadores; e possíveis focos que ainda devem ser abordadas em avaliações.

Organizaram-se todas as falas respondidas que se referiam às perguntas em torno das propostas para a integração da VEDI e ESF, seus aspectos facilitadores, dificultadores e as lacunas esquematizados numa tabela. Em seguida, após a exploração desse material, foram realizadas leitura-análise.

Os informantes-chaves foram identificados pela letra S referindo-se aos *stakeholders*, diferenciando-se entre a numeração de 1 a 15.

Para coleta, processamento e análise dos dados foi construída uma matriz com as categorias analisadas (explicação do problema e referências básicas da intervenção; estruturação da intervenção para alcance de resultados; identificação de fatores relevantes de contexto; prática institucional; focos para avaliações). Com as perguntas respondidas, foi construído um Banco de dados no Programa Excel® for Windows versão 2013.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e aprovado em 22/04/2020 por meio do Parecer substanciado nº 3.984.610.

Em decorrência do momento da pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19) no ano de 2020 foi necessária a mudança de estratégia de entrevista presencial gravada para o preenchimento de questionário autoaplicável (Apêndice A) enviado por via eletrônica para os informantes-chaves (gestores e técnicos da área do estudo), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

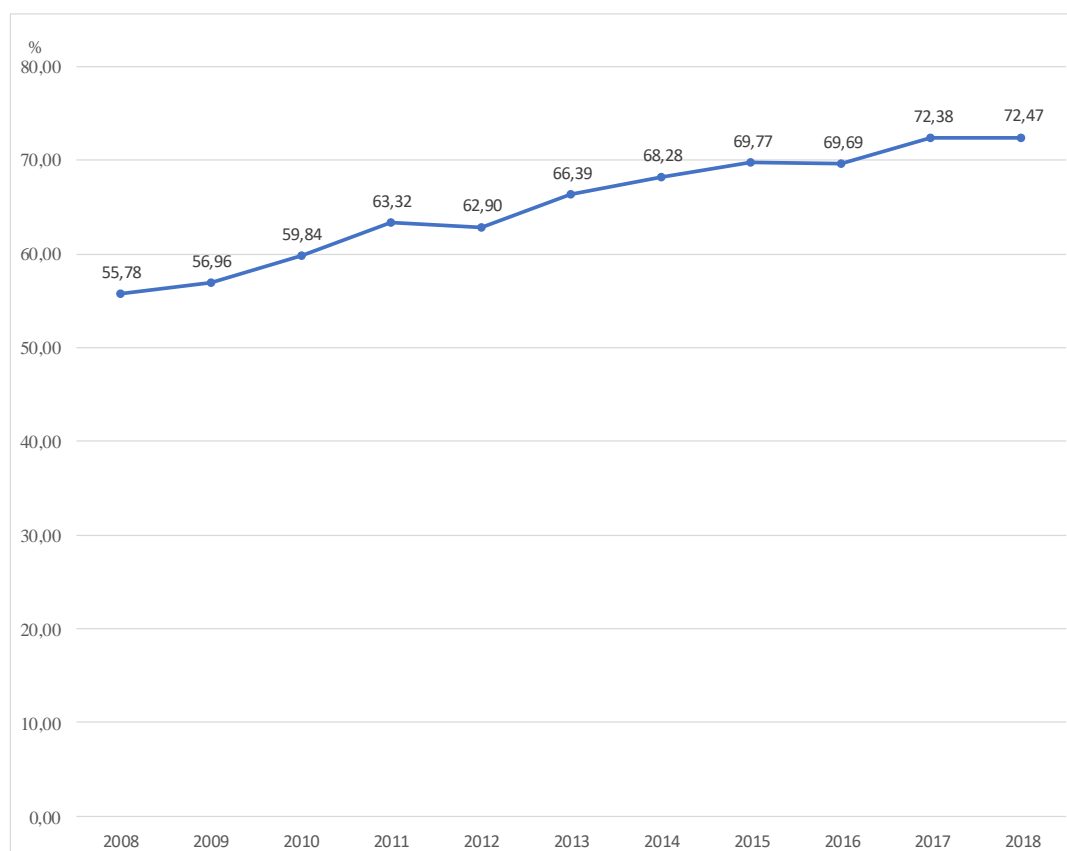
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização do Problema da Intervenção e seu Contexto

Para definir claramente o problema objeto da intervenção em estudo e seu contexto – etapa da construção do ML -, foi realizada a análise da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), da cobertura vacinal (CV) de algumas das vacinas administradas nos menores de 01 ano de idade (BCG, tetra/pentavalente, vacina inativada contra poliomielite/VIP, pneumocócica 10 valente, meningocócica C e febre amarela), no Estado da Bahia, no período de 2008 a 2018.

Nos últimos 10 anos, no Estado da Bahia, a cobertura da ESF passou de 55,78% em 2008 para 72,47% em 2018, incremento de 29,92% (Gráfico 1), superior ao observado no Brasil, 25,88%, considerando o mesmo período, 2008 (50,99%) e 2018 (64,19%).

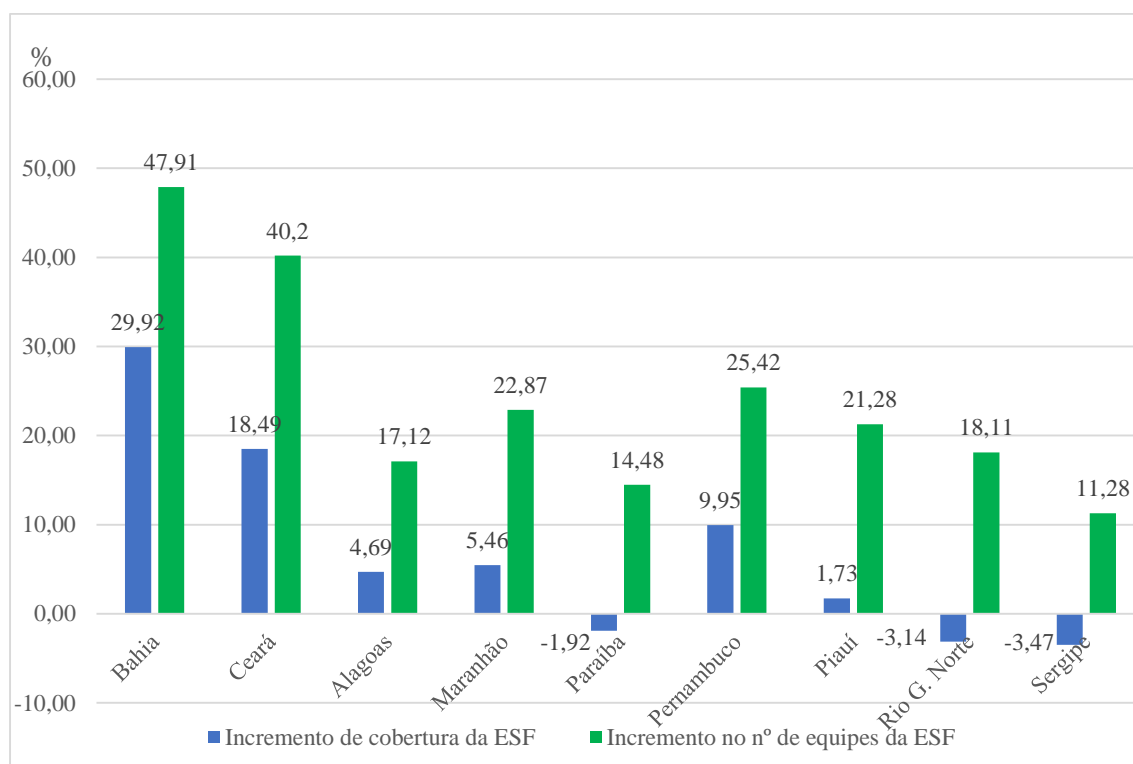
Gráfico 1. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família segundo ano de implantação. Estado da Bahia. 2008-2018



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB Relatório do e-Gestor – Cobertura da Atenção Básica.

Com dados obtidos do Relatório do e-Gestor – Cobertura da Atenção Básica, dentre os nove Estados do Nordeste do país, a Bahia foi o que apresentou o maior incremento de cobertura da ESF (29,92%) e de nº de eSF (47,91%) nos últimos 10 anos. Chama atenção o incremento negativo observado nos estados de Paraíba, Rio Grande do Norte e Sergipe (Gráfico 2).

Gráfico 2. Incremento de Cobertura e número de equipes da Estratégia Saúde da Família. Estados do Nordeste do Brasil. 2008-2018



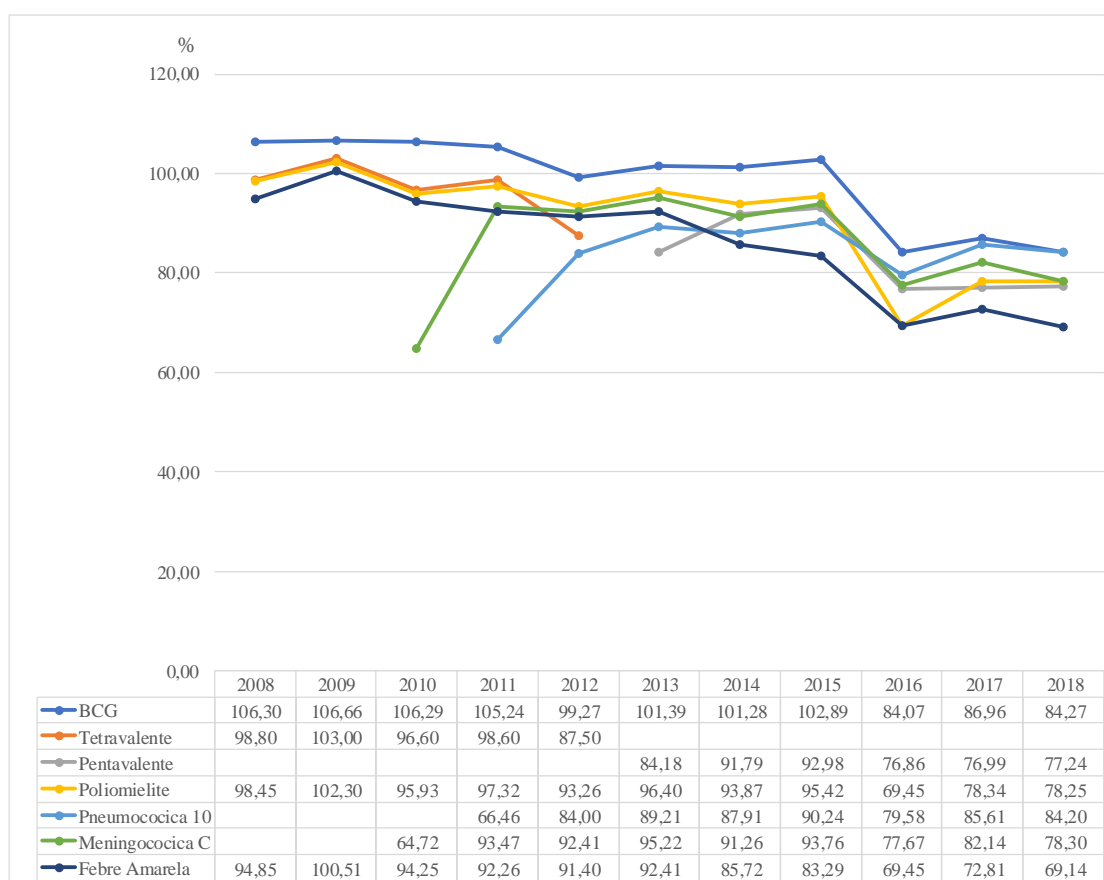
Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB Relatório do e-Gestor – Cobertura da Atenção Básica.

Considera-se que a AB é a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados no SUS. Inclusive, na PNAB, tem-se a ESF como estratégia prioritária para expansão, organização, consolidação e qualificação da AB e do sistema local de saúde (BRASIL, 2017 e MENDONÇA *et al.*, 2018, p. 29). Este aumento verificado tanto na Bahia como na maioria dos estados nordestinos, deve-se ao incremento de políticas públicas, com o maior aporte de investimentos federais para estruturação e ampliação da rede de AB, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica (PMAQ-AB), Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programas de Valorização da Atenção Básica Programa Mais Médicos, dentre outros (NEVES, R.G. *et al.*, 2018).

Em relação às coberturas vacinais no Estado da Bahia, observou-se que de 2008 até 2015 as CVs sempre estiveram acima de 80,0%, variando de 106,36% para BCG em 2009 a 83,3% para Febre Amarela (FA) em 2015. Exceto para as vacinas meningocócica C e pneumocócica 10 valente, que atingiu, 64,72% em 2010 e 66,46% em 2011 respectivamente. (Gráfico 3). Este fato pode ser explicado pela introdução destas vacinas, nestes anos, no Calendário Nacional de Vacinação do PNI, quando normalmente ocorre dificuldades na implantação e operacionalização dos dados referentes às doses aplicadas e CV no Sistema de Informação de imunização (SATO, 2018). Vale referir que a vacina pentavalente substituiu a tetravalente no ano de 2012.

Gráfico 3. Coberturas vacinais em menores de um ano de idade. Estado da Bahia. 2008-2018

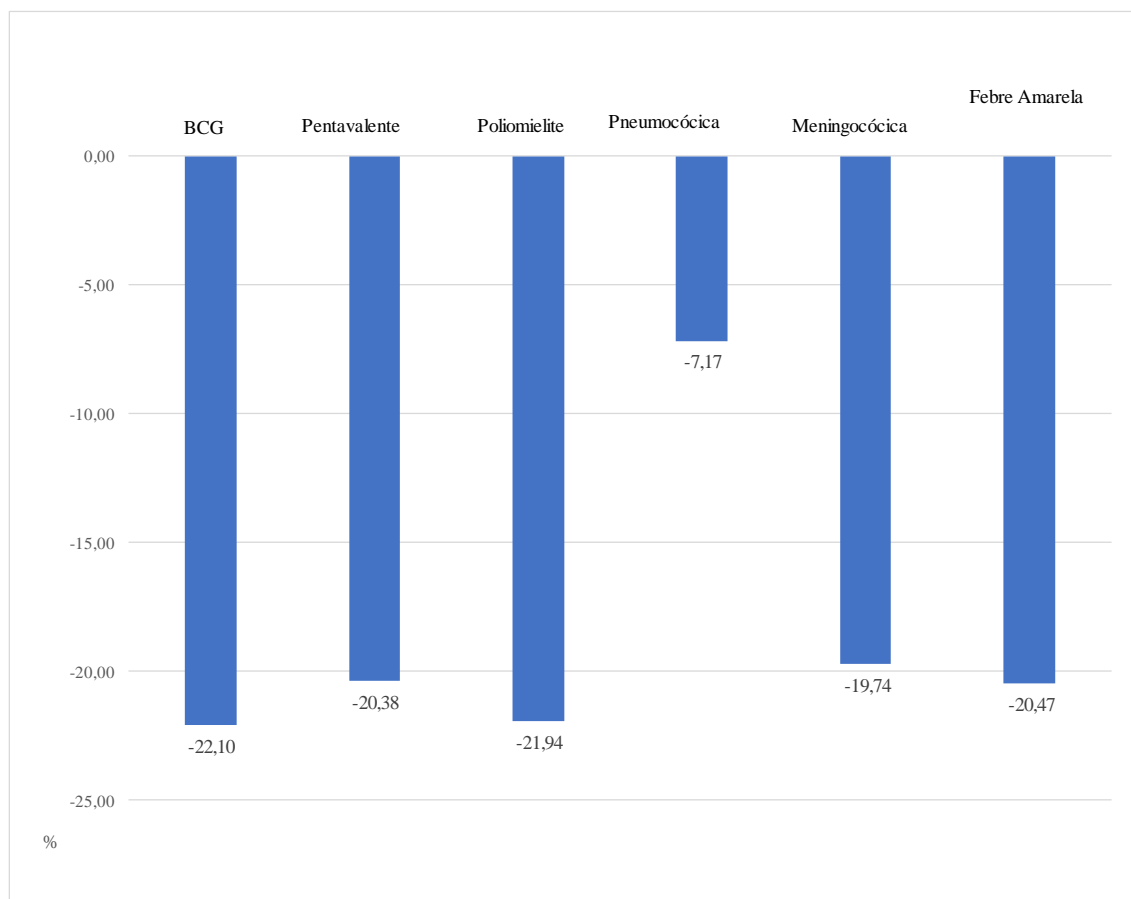


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP-SINAN/SI-PNI. Acesso em 04.10.2020.

Dados atualizados em 04/10/2020.

A partir de 2015 até 2018, as CVs da Bahia apresentaram decréscimo significativo, representando 22,10% para BCG a 7,17% para Pneumocócica (Gráfico 4).

Gráfico 4. Decremento da Cobertura vacinal de BCG, Pentavalente, Poliomielite, Pneumocócica 10 valente, Meningite C e Febre Amarela em menores de um ano de idade. Estado da Bahia. 2008-2018



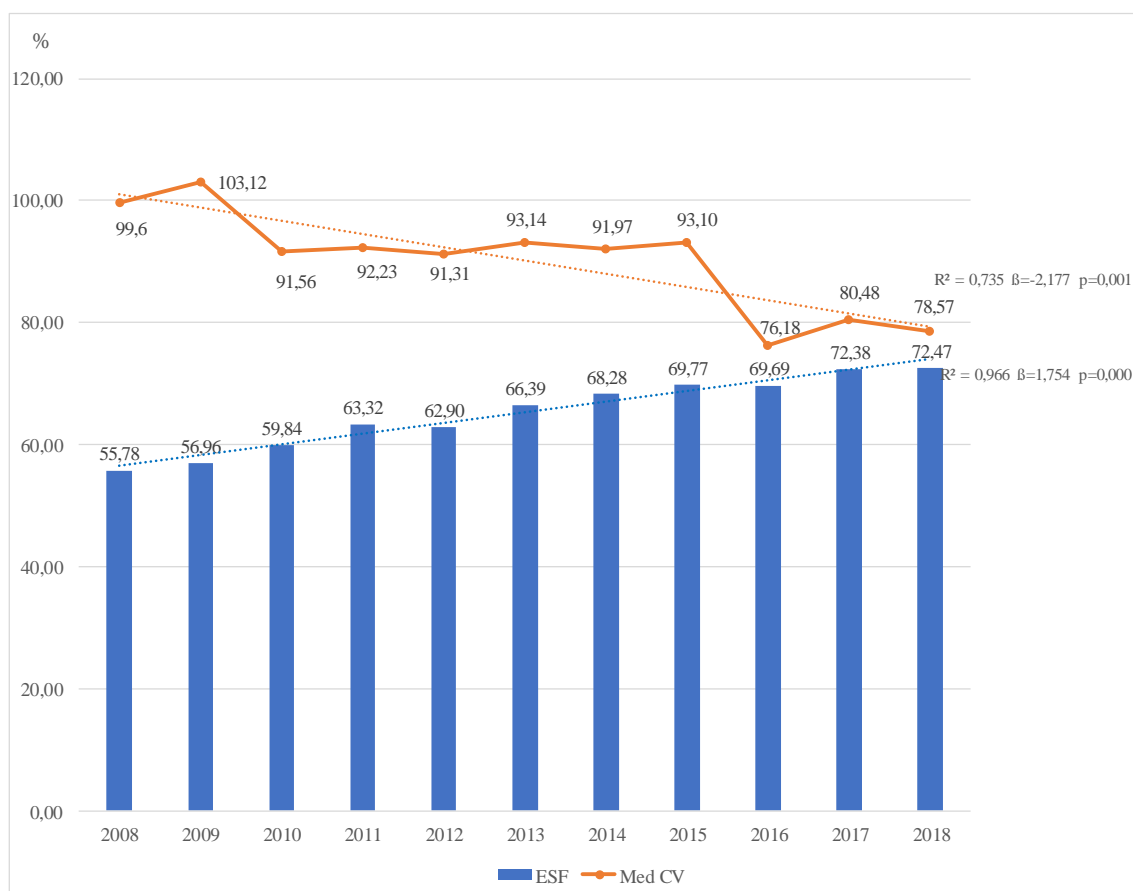
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP-SINAN/SI-PNI. Acesso em 04.10.2020.
Dados atualizados em 04/10/2020.

Comparando a tendência temporal da CV em menores de um ano de idade e da cobertura da ESF segundo ano de implantação, verificou-se que enquanto a tendência da CV é decrescente, a da ESF é ascendente. Ambas estatisticamente significantes (Gráfico 5).

No país entre 2010 e 2018, ocorreu uma maior cobertura da ESF possivelmente pela ampliação do número de beneficiários do Programa Bolsa Família, mostrando melhoria dos indicadores de saúde (Guanais, 2014). Mais recentemente, uma revisão sistemática concluiu que o aumento da cobertura pela ESF associada à redução da mortalidade infantil no Brasil não impactou na redução das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária à

Saúde/APS (BASTOS et al., 2017). Segundo Damasceno et. al. (2016), estes resultados talvez possam ser explicados pela heterogeneidade dos serviços de APS brasileiros, nos seus diferentes níveis de prestação de serviços essenciais na atenção à saúde da criança.

Gráfico 5. Média e tendência temporal da cobertura vacinal em menores de um ano de idade e da cobertura da Estratégia de Saúde da Família segundo ano de implantação. Estado da Bahia. 2008-2018



Fonte: MS/SIPNI-SUVISA/DIVEP/COVEDI.

Data atualização em 27/10/2020.

A continuidade na queda das CVs poderá acarretar mais casos de doenças imunopreveníveis nos próximos anos em faixas etárias diversas, inclusive a reintrodução da poliomielite, doença certificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) eliminada do país desde 1994 (Boletim Informativo PAI, 1994). E isso não é um fenômeno isolado do Brasil, estudo realizado nos Estados Unidos evidenciou que a redução da CV tem sido significativa e desigual entre as populações com maior poder aquisitivo e algumas áreas já apresentaram o

aparecimento de doenças imunopreveníveis, como sarampo e coqueluche. (OLIVE JK *apud* ARROYO LH, 2020).

A diminuição da CV é multifatorial. O fato de o modelo de atenção à saúde prevalente priorizar as condições agudas de saúde e se descolar da AB, não conseguindo acompanhar longitudinalmente os cidadãos, é um dos fatores (CRUZ, 2017).

Outro fator importante que pode influenciar nos dados da vacinação no Brasil, contribuindo para a queda nas CVs, é a mudança do sistema de informação do PNI que antes era alimentado pela quantidade de doses aplicadas e passou a ter registro nominal (CRUZ, 2017).

A implantação do SIPNI nominal efetivou-se em 2016 e pode ter contribuído para a diminuição da CV registrada, visto que o registro nominal demanda mais tempo para a atividade – são necessárias informações como o nome completo, endereço, telefone, tipo de vacina aplicada, etc., o que torna o processo mais complexo e exige mais organização -, capacitação dos profissionais alimentadores, habilidade dos vacinadores com o sistema e com o computador, alimentação regular do sistema, bem como equipamentos tecnológicos para a concretização da inserção dos dados e contrato de manutenção para tais equipamentos (CRUZ, 2017).

De acordo com a DIVEP (informação escrita fornecida através da Carta de Anuência), no estado da Bahia, havia 3.561 salas de vacinas com o SIPNI instalado (salas ativas) até abril de 2019. E destas, apenas 76,8% (2.735) estavam, de fato, usando o sistema, ou seja, enviando os dados das doses aplicadas. Logo, este dado fortalece que a diminuição nas CVs pode estar associada ao registro nominal no SIPNI pelos municípios.

No entanto, é necessária a reflexão de outras possíveis causas da queda da CV como, por exemplo, o sucesso das ações de vacinação que suscitou a falsa sensação na sociedade de que não havia mais necessidade de se vacinar, pois muitas pessoas e até profissionais de saúde desconhecem, na prática, diversas doenças que as vacinas previnem conforme análise da coordenadora do PNI, do MS, Carla Domingues (ARROYO *et al.*, 2013).

Outros fatores contribuintes para a quedas da CV são as *fake News*, imputando às vacinas reações adversas serias e até letais, favorecendo a disseminação do movimento antivacinas que tem se fortalecido por meio das redes sociais. Este movimento, amplamente difundido mundialmente, principalmente na Europa, gera questionamentos sobre a segurança

e eficácia das vacinas e disseminam o medo em relação aos efeitos colaterais. Consequentemente, sendo inevitável o fluxo de pessoas entre os países, se estas não estão vacinadas podem suscitar adoecimento e trazer de volta doenças imunopreveníveis extintas (CRUZ, 2017).

Ademais, a literatura evidencia que dificuldades no acesso aos serviços de saúde interferem na vacinação, destacando-se: distância entre residência e serviços de saúde; obstáculos de acesso ao transporte público; horário de funcionamento das unidades de saúde restrito - incompatível com a rotina de trabalho da sociedade; deficiência na educação permanente dos profissionais de saúde; e número excessivo de pessoas adscritas no território (BARATA, R.P.; PEREIRA, S.M., 2013).

Vale ressaltar ainda que o desabastecimento e envio reduzido de doses de imunobiológicos, principalmente nos anos de 2017 e 2018, quando houve atraso na liberação devido às análises de controle de qualidade pelos órgãos competentes, impactou nos estoques das vacinas, sendo mantido apenas o atendimento à demanda emergencial (BRASIL, 2017b e BRASIL, 2017c).

Concernente às quedas nas CVs, Arroyo LH (2020) sugere como medida imediata de saúde pública/coletiva, a realização de diagnóstico situacional considerando a detecção das áreas de queda de CV, por meio das variações espaciais e também os elementos temporais desse fenômeno - ou seja, diagnosticar o ritmo de elevação e ou redução de CV de uma área no decorrer do tempo.

Apesar dos avanços e melhoria de acesso à AB, não se pode ignorar que ainda falta integração entre ela e as ações de vigilância, prevenção e promoção, visto que a organização dos serviços nem sempre privilegia a continuidade do cuidado (CRUZ, 2017). Acredita-se, portanto, que a não integração entre a VEDI e a ESF contribua também para a queda das CVs, o que reforça a necessidade de avaliar o grau de integração entre elas.

5.2 Integração entre a VEDI e a ESF: contribuições para definição dos elementos constitutivos da intervenção

5.2.1 Práticas institucionais relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF

Aproximação institucional entre a gestão estadual de Imunização e VEDI com a gestão estadual da AB

Conforme respostas dos *stakeholders*, algumas práticas do serviço foram citadas, diversas ações na direção de uma aproximação institucional entre a gestão de imunização e VEDI com a gestão da AB. Entretanto, o inverso – AB ter ações de aproximação com a CIVEDI - não foi registrado nas respostas dos *stakeholders* atuantes na gestão estadual da AB.

“A elaboração compartilhada com AB dos planos e diretrizes na Eliminação e Controle de doenças Imunopreveníveis na perspectiva da descentralização das ações de Vigilância na AB. [...] Gestão e Planejamento compartilhando em situação de surto (Sarampo, Febre Amarela, Varicela, meningites entre outras), Epidemia (Meningite, Sarampo, Febre Amarela, Influenza entre outras) e Pandemia (Influenza)” (S1)

“Enquanto atuei na área de imunização e vigilância das doenças imunopreveníveis, no nível estadual do PNI, procuramos estreitar a relação com a gestão da AB e incluir nos treinamentos a representação da AB das regionais e municípios da região metropolitana, de modo a ampliar o diálogo e o conhecimento mútuo.” (S2)

“[...] os representantes da AB são convidados a participar conjuntamente com a Coordenação Estadual de Imunizações e Vigilância Epidemiológica de Doenças Imunopreveníveis das ações a serem planejadas e executadas no âmbito estadual, municipal, de forma a garantir a integração da VEDI e ESF, com ênfase nos profissionais da ESF.” (S4)

“No momento da implantação do módulo de vacinação do e-Sus AB, solicitamos a participação da gestão da AB em conjunto com a vigilância, para a condução dos processos, esperando que haja reverberação nos territórios, haja vista que a partir desta implantação, a gestão estadual da vigilância epidemiológica deixou de ser gestora do sistema de informação de registro do vacinado na AB, como ocorria com o SIPNI.” (S2)

“Minha perspectiva como sanitaria é colocar na agenda do gestor o conhecimento do cenário e a possibilidade de predição de risco como necessária a organização da política de saúde e das ações de saúde.” (S5)

“Na minha função no setor de imunizações busco garantir as práticas integradas de saúde, de forma dialogada nos âmbitos inter e intra-setorial, em espaços técnicos e de gestão, a exemplo das instituições acadêmicas, conselhos de classe, associações e imprensa, explicitando a relevância da pauta para a sociedade.” (S3)

Portanto, é necessária que a decisão de gestão pela integração entre a VEDI e a ESF ocorra também em nível de gestão estadual por parte da AB e não, apenas, por parte da CIVEDI/DIRES. O trabalho conjunto, bidirecional, entre a AB e a CIVEDI/Núcleo Regional

de Saúde (NRS) é essencial para a integração ser implantada como política de gestão estadual na Bahia.

Consoante Brasil (2018c), as ações de VS são transversais a todas as ações da equipe de AB. A organização das ações integradas de trabalho, portanto, é responsabilidade partilhada das equipes de AB e VS, da atenção e da gestão, sendo necessário priorizar esta pauta nos espaços de diálogos entre essas equipes no cotidiano do processo de trabalho, a fim de construir caminhos para a integração em cada realidade.

Qualificação do processo de trabalho da ESF

No escopo das atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na AB, as atividades de Vigilância Epidemiológica (VE) fazem parte do processo de trabalho da ESF (BRASIL, 2018c). Esses profissionais são atores-chaves para a coleta dos dados que serão utilizados para a alimentação dos sistemas de informações de interesse da vigilância epidemiológica.

O processo de formação das equipes, portanto, deve desenvolver o raciocínio epidemiológico para intervenção sobre os problemas de saúde prioritários da população, baseando-se no diagnóstico situacional para planejamento e programação das ações no território (BRASIL, 2018c).

Assim, corrobora-se como imprescindível a qualificação contínua desses profissionais a fim de executarem oportunamente a VEDI no território: busca ativa e notificação de doenças e agravos, de surtos, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação no território (BRASIL, 2017a).

Outra atribuição dos profissionais das equipes da AB é seguir normativas específicas do MS, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além das normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federais, estaduais, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, a construção de documentos técnicos de imunização, VEDI direcionados para os profissionais de saúde da AB e atuantes em Sala de vacina das maternidades é uma das importantes estratégias institucionais realizadas no caminho da efetivação da integração entre VEDI e ESF no Estado da Bahia.

“Elaboração de documentos diversos direcionados para os profissionais da Rede SUS que inclui ESF (Boletins, Notas Técnica, Protocolo, diretrizes, Guia, Plano de contingência entre outros).” (S1)

Ademais, já é de conhecimento que documentos técnicos construídos e divulgados respaldam a gestão e a área técnica atuante no Nível Central do estado, porém não é garantia de leitura atenciosa, entendimento e inserção na prática dos serviços pelos profissionais envolvidos.

De acordo com Brasil (2018c), a equipe de AB tem um papel essencial na identificação de riscos à saúde atribuídos à população e para isso, precisa estar preparada para contribuir para a identificação oportuna de doenças e agravos à saúde, para desenvolver ações em tempo hábil com eficácia e efetividade.

Assim, além dos documentos institucionais técnicos elaborados e divulgados, as capacitações (principalmente, presenciais) e as visitas/supervisões técnicas são potenciais ferramentas para a qualificação do processo de trabalho com foco na integração entre a VEDI e ESF, visto que proporciona que dúvidas técnicas sejam equacionadas e suscita a verificação do *trabalho vivo em ato*, inclusive podendo orientar quanto à notificação e à VEDI, além de acompanhar *in loco* o estoque dos insumos necessários para a vacinação e a VEDI.

“Apoio nas capacitações; realização de visitas técnicas para discussão do apoio da ESF nas ações de controle de doenças imunopreveníveis. participação das equipes de vigilância nas capacitações das ESF.” (S9)

“Sensibilização dos profissionais de saúde quanto [...] implementar estratégias para buscar e vacinar os susceptíveis.” (S10)

“Quando estava lotada na UBS realizamos trabalhos integrados de Notificação e investigação de doenças imunopreveníveis.” (S1)

“Identificando a necessidade de insumos adequadas para o abastecimento da unidades de saúde. Orientação em notificações ou serviços.” (S6)

“[...] podemos contribuir bastante na integralização das duas equipes durante as investigações dos surtos acompanhados pela nossa coordenação de doenças imunopreveníveis.” (S7)

Análise oportuna e divulgação das informações

Para qualificar a atenção à saúde voltada para a promoção, prevenção, controle de doenças e agravos, é fundamental que os profissionais da AB estejam minimamente familiarizados com os elementos epidemiológicos referentes à ocorrência das doenças e agravos (tempo, lugar e pessoa) e que tenham capacidade de análise dos dados (BRASIL, 2018c).

Conforme os *stakeholders*, o processo de análise dos dados e divulgação das informações analisadas consiste em uma das contribuições na prática para a integração da VEDI e ESF.

“Sensibilização dos profissionais de saúde quanto a necessidade contínua de avaliar a situação vacinal da população [...]” (S10)

“Realização compartilhada com ESF no monitoramento de algumas doenças e coberturas vacinais e outros indicadores.” (S1)

“Apoio na avaliação dos indicadores das VEDI da comunidade.” (S9)

“Trabalhamos com os dados do município, mas precisamos avançar numa ferramenta que permita que o Coordenador da Atenção Básica do município possa ver estes dados por equipe e que desta maneira possa fomentar a discussão junto às Equipes.” (S13)

Ressalta-se que a divulgação das informações ocorre tanto por meio de publicação de boletins epidemiológicos, caderno de avaliação e monitoramento, como também de apresentações em oficinas, reuniões técnicas.

“Analisando as coberturas vacinais dos imunos de interesse do agravo, com classificação de risco por município, com repasse das informações para os NRS e BRS. Divulgação de boletins epidemiológicos quadrimestrais.” (S8)

Avaliação compartilhada por meio de Oficinas com equipe multidisciplinar.” (S1)

“Criação de ferramentas que apresentem os dados de cobertura de maneira estruturada. A Diretoria da Atenção Básica tem o Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) constitui-se em uma ferramenta elaborada pela Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial (COAM) para contribuir com a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação na Atenção Básica em saúde.” (S13)

5.2.2 Aspectos facilitadores e dificultadores para a integração entre a VEDI e a ESF

Foram considerados como aspectos facilitadores para a integração da VEDI e ESF o envolvimento integrado das esferas de governo e dos espaços de gestão.

“Quando todas as esferas de gestão se organizam para desenvolver estratégias integradas, o desenvolvimento de ações de saúde efetivas no território é mais facilitado.” (S4)

“Os espaços políticos tripartite e bipartite nas pactuações dos indicadores de saúde.” (S1)

“Gestão profissional do SUS.” (S6)

Inclusive no Decreto Presidencial nº 7.509/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, orienta-se a organização do SUS, incluindo a construção de novos modelos de relação interfederativa com o fortalecimento das instâncias de cogestão tripartite (Comissão

Intergestores Regionais/CIR, Comissão Intergestores Bipartite/CIB e Comissão Intergestores Tripartite/CIT) etc.

Assim, a frequente inclusão da temática da integração entre a VEDI e ESF na pauta das reuniões da CIR, CIB e CIT consiste numa estratégia importante para o comprometimento integrado das três esferas de governo, bem como para o aspecto favorável citado por outro *stakeholders* referente ao processo integrado de planejamento, monitoramento e avaliação:

“Realizar planejamento conjunto; fortalecer o diálogo e ações conjuntas; monitorar e realizar a análise conjunta.” (S7)

“Monitoramento e avaliações sendo inseridos como prioridade nos estados e municípios.” (S1)

Outro item considerado colaborativo para a integração foi a atuação em território definido, com a presença do profissional Agente Comunitário de Saúde residente nesse território, o que contribui para o mapeamento de vulnerabilidades de saúde, sociais e sanitárias da população adscrita.

“Destacam-se como fatores facilitadores: [...] proposta de atuação no território.” (S4)

“O fato da equipe da AB ter como base do trabalho a territorialização.” (S15)

O território determina o limite geográfico de atuação do serviço da equipe da ESF e a população sob sua responsabilidade. Sem a territorialização – processo de criação de territórios -, a AB não pode cumprir seu papel de porta de entrada para o SUS, pois o território definido indica a porta, ou seja, o serviço e a população a passar por ela (FARIA, 2013).

Outro ponto importante ressaltado como facilitador foi a composição multidisciplinar da equipe.

“Avanços nos processos de trabalho tendo como protagonista a equipe multidisciplinar.” (S1)

“Equipes multiprofissionais e horizontalidade das relações trabalhistas.” (S5)

“Destacam-se como fatores facilitadores: formação multiprofissional das equipes.” (S4)

Conforme Loch-Neckel *et. al.* (2009), o trabalho interdisciplinar consiste em ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento, envolvendo, assim, a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, os problemas e as soluções. Sendo assim, na prática interdisciplinar, busca-se a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

Considera-se o trabalho em equipe multiprofissional uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (FERREIRA *et al.*, 2009).

Notou-se também como aspecto facilitador a cobertura da ESF de 77,36% no Estado da Bahia até julho/2020 conforme Relatório do e-Gestor, bem como do fornecimento dos insumos relacionados à vacinação e à VEDI aos profissionais de saúde e da existência de vacinadores capacitados distribuídos nas salas de vacina dos municípios, além das ações de VEDI fazerem parte do escopo de atribuições dos profissionais da ESF.

“A Estratégia de Saúde da Família está presente em 100% dos municípios baianos e 87% destes tem mais de 90% de cobertura desta Estratégias, assim a integração é viável, pois temos equipes.” (S13)

“Disponibilização dos insumos, cobertura nos municípios de salas de vacina, equipes de vacinadores capacitados.” (S11)

“As ações de vigilância serem uma das atribuições das equipes da AB.” (S15)

Ademais, o conhecimento sobre imunização e VEDI já é existente e conhecido entre os trabalhadores de saúde, como também a confiança da população na imunização pelo SUS e o comprometimento profissional são aliados para a integração entre VEDI e ESF.

“Anteriormente, as coberturas vacinais eram alcançadas, assim temos know how para fazer acontecer, pois sabemos como fazer isso.” (S13)

Um fator facilitador são os protocolos assistenciais para subsidiar ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção do estado de saúde de forma contínua já existente. (S15)

“A competência e compromisso de muitos profissionais, tanto da atenção primária como da vigilância, que conseguem muitas vezes fazer a diferença.” (S2)

“Ações compartilhadas em situação de surto, epidemia e pandemia de doenças transmissíveis e evitáveis por vacinas. [...] Experiências acumuladas dos profissionais tanto da ESF como da Vigilância das doenças imunopreveníveis.” (S1)

Já como principais dificuldades, observou-se a precarização dos vínculos trabalhistas associada às gestões políticas-partidárias e a ausência de uma política de recursos humanos para a saúde que vincule os profissionais no território por mais tempo. Ambos suscitam em grande rotatividade nos municípios e inúmeros recomeços para as equipes e comunidades.

A rotatividade consiste na proporção de empregados que deixam a organização, sendo a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente. Entretanto, a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, suscitando ruptura e prejudicando a eficiência organizacional (TONELLI, *et al.*, 2018; MEDREIROS, *et al.*, 2010).

Conforme Medeiros *et. al.* (2010), o vínculo empregatício precário pode ser usado como instrumento de controle político sobre a equipe da ESF, demonstrando que as causas de rotatividade são múltiplas, servindo de pretexto para exclusão ou não de membro da equipe.

Acreditando que certa estabilidade na ESF é fundamental para a construção de um modelo de trabalho que contemple todos os elementos da integralidade, a criação de vínculo com a comunidade e a longitudinalidade do cuidado, a rotatividade prejudica a efetividade da ESF, tendo em vista que a qualidade da atenção à saúde tende a ser prejudicada pela falta de vinculação do profissional à determinada comunidade daquele território (MEDREIROS, *et al.*, 2010; GIOVANI e VIEIRA, 2013).

Além disso, a instabilidade do vínculo trabalhista suscita em profissionais tendo mais de um emprego na busca de segurança financeira. Neste sentido, uma das causas que pode influenciar a rotatividade é o mercado de trabalho, relacionado ao emprego e desemprego e à composição da força de trabalho (MEDREIROS, *et al.*, 2010).

“Acho pode estar relacionado a vários fatores como: [...] outros vínculos de empregos que o impeçam que se dedique ao serviço, política, (forma de contratação) etc.” (S8)

Ademais, outro aspecto registrado como dificuldade e que também é consequência das dificuldades supracitadas é a sobrecarga de trabalho dos profissionais:

“Destacam-se como dificultadores: sobrecarga de profissionais [...]” (S4)

“Sobrecarga de alguns profissionais que muitas vezes são responsáveis por duas coordenações.” (S10)

“Quantitativo de mão de obra insuficiente.” (S7)

“Desestruturação das Vigilâncias à nível estadual e municipal (falta de pessoal [...]” (S8)

De acordo com Ferreira *et. al.* (2017):

“o vínculo empregatício precário leva à rotatividade dos profissionais, o que gera sobrecarga de trabalho para os que permanecem com fragilização dos processos de trabalho, comprometimento do vínculo com a população atendida e da qualidade da assistência, bem como gasto de tempo e energia com o treinamento dos novos profissionais.”

Foi apontada também que a dificuldade da integração entre a VEDI e ESF perpassa desde a localização dos setores de imunização e AB na estrutura predial da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, contribuindo para agendas desintegradas, bem como desvalorização de ações integradas por parte da gestão. Além do imbróglio da ESF atuar em nível assistencial e a VEDI, em nível de gestão e a dissociada prática tendo coordenações municipais específicas

para a AB e a VE, o que, talvez, fortaleça a resistência das equipes de AB e de vigilância na execução da integração.

“Distanciamento físico entre os setores também pode vir a ser outro elemento dificultador, uma vez que os setores funcionam em locais (prédios) diferentes. Os setores estarem dispostos separadamente no organograma da Secretaria de Saúde do Estado pode interferir no fluxo contínuo e oportuno de informações.” (S3)

“Destacam-se como dificultadores: [...] agendas desintegradas, diferentes ações de gestão que não valorizam a integração entre VEDI e ESF.” (S4)

“Na verdade, na minha concepção não pode haver essa dissociação no nível operacional. Ocorre que as ESF desenvolvem o fazer propriamente dito e a vigilância fica organizada no nível da gestão. No entanto, esta é “operada” majoritariamente na Saúde da Família. Ou seja, no nível operacional não existe ou não pode existir essa dissociação. Ao mesmo tempo existe na gestão geralmente a Coordenação de Atenção Básica e a Coordenação de Vigilância, as quais nem sempre interagem entre si e aí também residem diversos dos problemas relacionados à falta de integração AB/VS.” (S5)

“A resistência de ambas equipes (vigilância e atenção básica) em operacionalizar a integração, ninguém quer sair da sua respectiva zona de conforto (faço o que sei e não quero aprender mais nada que me dê mais trabalho).” (S13)

5.2.3 Propostas para a efetiva integração entre a VEDI e a ESF

As propostas sugeridas pelos *stakeholders* foram elementos considerados na construção do ML da intervenção a ser avaliada.

Organização do Processo de Trabalho

Os saberes e os materiais necessários à produção são os instrumentos do processo de trabalho. Para desenvolvimento do trabalho da equipe da ESF, são necessários outros saberes e novos instrumentos: produzir saúde considerando as famílias em suas condições concretas de vida requer a aproximação com os saberes da cultura popular e da educação, produzidos por meio do diálogo, saberes que aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomização, entre outros (FRANCO & MERHY, 2003 *apud* REIS *et al.*, 2007).

Além disso, o processo de trabalho em saúde é desencadeado com base em necessidades. As necessidades são gestadas nas relações sociais, portanto, são dinâmicas e diferentes ao longo do tempo. Assim sendo, os serviços de saúde criam e atendem a necessidades (MISHIMA *et al.*, 2003 *apud* REIS *et al.*, 2007).

De acordo com Reis *et al.* (2007), os processos de trabalho respondem a finalidades. Na saúde, a finalidade precisa ser apreendida pelo conjunto de trabalhadores, podendo ser a

produção do lucro ou a defesa da vida a depender da visão de saúde como um bem de mercado ou como direito, respectivamente.

Modelo de atenção

No Brasil, o modelo de AB é desenvolvido por meio da ESF, sendo baseado na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes multiprofissionais à população de um determinado território. Possui ampla capilaridade e é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014 *apud* SANTANA *et al.*, 2016).

Por outro lado, implantar uma equipe de ESF não significa mudança de modelo assistencial, sendo necessário trazer para discussão o compromisso com a mudança. Essa discussão precisa romper os limites dos gabinetes, das unidades e chegar até as comunidades, pois a mudança de modelo está muito mais fundamentada em novos processos de trabalho e de relações de saber e poder do que em novas estruturas físicas ou categorias profissionais (FRANCO & MERHY, 2003 *apud* REIS *et al.*, 2007).

Nesse sentido, os *stakeholders* registram que para a AB se tornar efetivamente o modelo de atenção predominante no Estado da Bahia fazem-se necessárias decisões política e técnica.

“Decisão Política e Técnica quanto o modelo de Saúde, que predomine a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos evitáveis. [...] perspectiva de adotar modelo predominantemente ESF com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, fortalecendo as áreas de Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação fundamentada nas análises de saúde e estudo epidemiológico dos territórios.” (S1)

“Que a vigilância em saúde seja ordenadora do cuidado. Deixar o modelo de atenção centrado na doença e no hospital, entender que a saúde é multifatorial e tem vários determinantes que extrapolam a história natural da doença”. (S6)

“Ampliar as áreas cobertas por ESF no território nacional.” (S4)

“AB trabalhando com base em análise situacional construída com apoio da Vigilância.” (S12)

Consoante Reis *et al.* (2007), um indicador de início de mudança são as discussões informais entre trabalhadores da equipe da ESF sobre as principais doenças e agravos à saúde naquela comunidade, propiciando iniciativas, como o grupo de obesidade, de portadores de hipertensão. Tais discussões informais acontecem em espaços de café, em corredores e de modo assistemático. Se a dinâmica do grupo permitir escuta e diálogo, com o reconhecimento de necessidades, valores e saberes, pode-se considerar esta uma prática para desenvolver a autonomia dos usuários. A formalização e o fortalecimento de espaços desse tipo e

implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) contribuirão para a sedimentação do processo de mudança de modelo assistencial.

Políticas de Integração

De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004), o conceito de integralidade remete ao conceito de integração de serviços, fazendo-se necessário desenvolver mecanismos de coordenação e cooperação entre provedores assistenciais, para uma gestão eficiente dos recursos coletivos.

A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004).

De acordo com Campos (2003), o primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde.

Concernente ao desafio, os informantes-chaves sugerem política nacional de integração entre a VEDI e ESF com ações integradas definidas.

“Implementar políticas de integração nas diferentes esferas de gestão (federal, estadual e municipal) e envolver os profissionais das ESF no planejamento dessas políticas. [...] Elaboração de políticas e ações integradas pelas diferentes esferas de gestão.” (S4)

Processo de Trabalho Integrado

O processo de trabalho em saúde consiste no conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (FONTANA *et al.*, 2016).

“Envolvimento dos gestores da Vigilância Epidemiológica e AB nas diferentes esferas de gestão; Envolvimento dos profissionais da ESF no planejamento das estratégias a serem implementadas pelas equipes. Fortalecimento da parceria da VEDI e AB, pois ambas estão integralmente relacionadas e não podem atuar de maneira autônoma ou independente, visto que seus campos de atuação estão intrinsecamente ligados. Elaboração de agenda integrada de maneira a favorecer a atuação dos profissionais.” (S4)

“Implantação de uma agenda protegida, regular e sistemática para tratar exclusivamente da pauta sobre melhoria das coberturas vacinais no estado da Bahia. [...] Diálogo intenso e ininterrupto.” (S3)

“Reuniões frequentes entre a equipe de ESF e a vigilância local para discutir os principais problemas de saúde da comunidade, avaliar desempenho dos indicadores de saúde da comunidade.” (S9)

“Maior aproximação dessas equipes, buscando mais sintonia e integração dos trabalhos. [...] Agenda de reuniões de planejamento das equipes de Vigilância com as equipes de AB” (S8)

“Que busquem trabalhar sempre juntas, envolvendo todos os setores conforme as necessidades locais da comunidade.” (S7)

“Comprometimento de todos os agentes envolvidos.” (S14)

“Grupo gestor definido e com cronograma de encontros periódicos.” (S11)

“[...] destaco alguns trabalhos que estão sendo construído de forma compartilhada, a saber: os protocolos das doenças transmissíveis em especial das evitáveis por vacinas e a Linha de cuidado.” (S1)

“Apoio matricial da equipe de vigilância epidemiológica para a equipe da AB.” (S15)

“Um sistema de petição e cobrança permanente que se debruce sobre os problemas do território, utilizando tecnologias adequadas para priorização dos mesmos, assim como planejamento de ações então coerentes ao cenário encontrado com monitoramento periódico em grupo.” (S5)

“Processo de estratificação de risco coletivo (no nível estadual) e coletivo e individual no nível local.” (S11)

“Reestruturação do processo de trabalho com metodologias que possibilitem a integração das ações de vigilância, prevenção, promoção e atenção à saúde. [...] Uso de sistema de informação integrado. Discussões sobre essa temática sendo realizada de forma constante.” (S15)

“Corrigir o déficit nas condições de trabalho.” (S1)

“Melhorias das condições de trabalho”. (S5)

Território Integrado

De acordo Campos (2003), a territorialidade é principal premissa da VS. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica.

O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc (CAMPOS, 2003).

Por acreditar na potencialidade da atuação advinda do processo dinâmico da territorialização, os *stakeholders* recomendam as equipes da ESF e da VEDI identifiquem coletivamente os nós críticos de cada território, priorizando-os e planejando o equacionamento deles.

“Fomentar a discussão entre estas Equipes nos municípios para que as mesmas possam identificar os nós críticos e pensar solução de acordo com cada território, penso que isso é fazer Vigilância, atuar sobre os nós de cada território, a partir de suas especificidades.” (S13)

Planejamento e programação

Para a organização das ações e dos serviços de saúde faz-se necessário planos elaborados, ou seja, a utilização do planejamento em saúde. No trabalho das equipes da ESF, portanto, o planejamento é ferramenta imprescindível na dimensão técnica, visto que apoia a análise da situação de saúde e a definição dos objetivos, atividades, responsáveis e recursos necessários para o enfrentamento dos problemas locais de uma determinada população (BRASIL, 2006).

Ainda consoante Brasil (2006), a análise da situação de saúde é a base desse trabalho, indicando o perfil sociodemográfico e sanitário da população adscrita e as relações dinâmicas no território e assim, contribuindo no processo saúde-doença dos agravos que acometem essa população.

Valorização dos instrumentos de gestão

Para a consolidação do SUS – e também efetiva integração entre a VEDI e a ESF (acréscimo nosso) - é fundamental que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) se aprimorem repensando sobre o papel de gestor do sistema, apresentando capacidade técnica e operativa de gerenciar os recursos financeiros, formar e treinar recursos humanos específicos, bem como de usar, na prática, os instrumentos de gestão (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

“Valorizar [...] os instrumentos de gestão (relatório plurianual e de gestão) na perspectiva de adotar modelo predominantemente ESF com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, fortalecendo as áreas de Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação fundamentada nas análises de saúde e estudo epidemiológico dos territórios”. (S1)

Planejamento integrado e participativo

Conforme Teixeira *et al.* (2010), quando se adota o planejamento participativo, cria-se condições que possibilitam uma análise de situação de saúde mais próxima da realidade da população e dos trabalhadores da saúde.

Consoante a autora acima, processos de planejamento participativo contemplam o envolvimento de atores políticos diversos, como gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e representantes dos usuários.

Por acreditar nessa percepção, os informantes-chaves propuseram o planejamento ascendente – a partir das necessidades sociais e de saúde da comunidade -, participativo e integrado composto pelas equipes multiprofissionais da AB, da ESF, da VEDI e pelos conselheiros locais e distritais de saúde.

“O Planejamento participativo e integrado tem contribuído para a incorporação das ações de Vigilância Epidemiológica nos processos de trabalho da Atenção Básica e ESF. Foi possível trazer para o planejamento a promoção da saúde com uma abordagem na transversalidade que acredito que é uma grande possibilidade para consolidar a integração das práticas.” (S1)

“Instituir de fato o planejamento participativo com equipe multidisciplinar e participação social.” (S1)

“Programação e planejamento elaborados conjunta e colaborativamente.” (S3)

“Implementar o planejamento de ações integradas pelas respectivas diretorias. Repasse desses planejamentos para os níveis locais.” (S9)

“Planejamento conjunto de ação de promoção de saúde e prevenção de agravos. Garantia da resolutividade das ações.” (S11)

“Planejamento e programação das ações de forma integrada.” (S15)

“Planificação e monitoramento a partir do nível local, realizar o planejamento a partir das necessidades e demandas da população.” (S4)

Educação Permanente em Saúde (EPS)

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, através da Portaria GM/MS nº 198/2004, como estratégia para formar e desenvolver os trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004).

Atividades integradas de Educação Permanente em Saúde

Para Davini (2009), a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Por outro lado, nem toda ação de

capacitação implica em processo de EP. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de EPS.

Sendo assim, para se ter atividades integradas de EPS para a efetiva integração entre VEDI e ESF, é necessário capacitar os trabalhadores de saúde, os gestores e os conselheiros de saúde tendo como resultado esperado a mudança de práticas nos territórios no âmbito da atenção, da gestão e do Controle Social.

“Incluir os profissionais da AB nas capacitações sobre doenças imunopreveníveis.”
(S9)

“Treinamento adequado para as coordenações das unidades de saúde da família, [...] e treinado para realizar controle e notificações e fiscalização destes. [...] Priorizando também capacitar sempre as equipes.” (S7)

“Realização de ações de Educação Permanente para os profissionais de saúde.”
(S15)

Um dos desafios da EPS é a formação e o desenvolvimento de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes (BRASIL, 2005, p.14). Enquanto perspectiva transdisciplinar, é no trabalho em equipe que devem ser encontradas as soluções para a demanda local.

Consequentemente, o trabalhador da saúde deixa de ser mero expectador nos cursos e capacitações, para ser co-protagonista das discussões e parte integrante das respostas que serão dadas, visto que a EPS é aprendizagem-trabalho, ocorrendo no cotidiano das pessoas e das organizações, feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e valorizando o conhecimento e experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005).

Política de Recursos Humanos

Para o setor saúde, a preocupação com os recursos humanos não é nova e pode-se dizer que é “crônica” a constatação de que esse é um nó crítico do sistema de saúde no país (MEDEIROS, *et. al.*, 2005).

No Brasil, os recursos humanos em saúde são caracterizados por graves insuficiências qualitativas e quantitativas, com uma distribuição desigual que impõe um envolvimento cada vez maior de gestores com esta questão (ZUCCHI, 1998; SANTANA, 1996 *apud* MEDEIROS, *et. al.*, 2005).

Corroborando com os autores citados, os *stakeholders* propõem alguns caminhos relacionados aos recursos humanos para a efetiva integração entre VEDI e ESF no Estado da Bahia:

“Investimento em Recursos Humanos (vínculos, quantidade e qualificação de pessoas). [...] Rever a política de gestão de Recursos humanos na qualificação e parametrização.” (S1)

“Política de recursos humanos para a saúde, planos de cargos e carreiras da saúde. [...] Infelizmente, no momento atual estamos na contramão, com decisões que refletem diretamente nos processos de trabalho, terceirizando mão de obra da saúde, precarizando vínculos trabalhistas, congelando recursos da saúde, onde já existe sabidamente grande subfinanciamento. Enfim, é preciso um movimento de retomada do processo de consolidação do SUS.” (S2)

“Valorização dos profissionais, realização de concursos públicos, fomentar política de educação permanente e transversal.” (S2)

“Contratação de pessoal qualificado.” (S7)

Formação profissional

De acordo com a Constituição Federal Brasileira, no artigo 200, é papel do SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, desde a formação técnica até a pós-graduação e o aperfeiçoamento (BRASIL, 1988). Nessa direção, as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (BRASIL, 2009b).

Tendo como premissa que a EPS busca uma formação multissetorial e multiprofissionalmente, através da interlocução ensino/serviço, da problematização do cotidiano profissional e das experiências vivenciadas, a integração ensino-serviço contempla um processo simultâneo de ensinar e aprender (BRASIL, 2005). Concernente a isso, os informantes-chaves também acreditam que a formação é um vértice do quadrilátero da EPS que precisa ser aperfeiçoado na perspectiva da integração entre a VEDI e a ESF:

“Outro ponto fundamental é a Universidade preparar esses profissionais para olhar o todo, tentando mostrar que cada profissão tem um papel importante no processo de construir uma população saudável”. (S14)

“Provocar para que as instituições de ensino superior revejam como abordar o conteúdo de vigilância de forma transversal.” (S15)

Concebe-se, assim, que a EPS possibilita, simultaneamente, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições, além de reforçar a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho

da atenção à saúde e com o controle social (BRASIL, 2005). Investir no fortalecimento da EPS, portanto, é essencial para a efetiva integração entre a VEDI e a ESF.

Participação e Controle Social

A valorização da participação da comunidade na co-gestão do SUS foi uma das propostas dos *stakeholders* para a efetiva integração entre a VEDI e a ESF na AB.

Conforme a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a conferência de saúde (CS) e os conselhos de saúde são instâncias colegiadas do SUS. Sendo que a CS objetiva avaliar a situação de saúde e propor políticas de saúde.

De acordo com o § 1º do Art. 1º dessa Lei, a CS acontecerá a cada quatro anos com a representação dos segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde.

Os municípios devem realizar suas CS para avaliar a saúde no município e propor diretrizes para a organização do sistema e das práticas de saúde de sua população. Orienta-se que a convocação seja logo após o gestor assumir o cargo, auxiliando a construção do Plano Municipal (BRASIL, 2009d).

Nessa concepção, as recomendações dos *stakeholders* para a efetiva integração entre a VEDI e a ESF são a execução das propostas das CS e a escolha por gestores comprometidos com o SUS.

“Valorizar os resultados das Conferência de Saúde [...].” (S1)

“Começar pelo cidadão assumindo o processo de construir saúde dia a dia, escolhendo gestores comprometidos com a saúde da população.” (S14)

De acordo com Brasil (2009d), a gestão participativa que suscita a maior democratização nos processos de decisão é um importante instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde. Acredita-se que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos, por ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos.

Cogestão, portanto, é a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas e tomada de decisão) o que resulta na ampliação da implicação e responsabilização do cuidado (BRASIL, 2009c).

Para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142/1990 orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.

Por outro lado, a participação social não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS (BRASIL, 2009c).

Nessa conformidade, a Portaria nº 2.436/2017 refere a participação da comunidade como uma das diretrizes da AB:

estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (BRASIL, 2017a).

O exercício, portanto, da gestão participativa, ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer vontade política, provisão de condições concretas e método, sem o qual se corre o risco de se transformar a cogestão apenas em um exercício discursivo. É nesta perspectiva que a própria gestão se apresenta como um método (BRASIL, 2009c).

Monitoramento e Avaliação

Monitoramento e avaliação consistem em atividades intrinsecamente correlacionadas, entretanto a primeira contempla a coleta e análise sistemática de dados para produzir informações e disseminá-las amplamente para aqueles que as necessitam, já a segunda trata-se de um dispositivo que possibilita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre um programa ou intervenção, envolvendo sempre um julgamento de valor e formulando uma pergunta específica (BROUSSELLE *et al.*, 2011; WALDMAN, 1998).

Nesse sentido, os informantes-chaves propuseram a análise de situação de saúde periódica realizada coletivamente e em momento único com os atores envolvidos da ESF e VEDI, incluindo o monitoramento dos indicadores de saúde e modo de viver da comunidade,

com definição das ações prioritárias e ampla divulgação para os gestores, profissionais de saúde e sociedade civil organizada.

“Reabilitação fundamentada nas análises de saúde e estudo epidemiológico dos territórios. [...] Avaliação e Acompanhamento sistemáticos dos indicadores de saúde e modo de viver da Comunidade.” (S1)

“Avaliações integradas e com periodicidade definida das ações pertinentes às questões.” (S10)

“Análise de Situação de Saúde periódica e compartilhada entre os atores em momento único não apenas enviando o resultado da mesma. Monitoramento dos indicadores e ações desenvolvidas. Ampla divulgação.” (S11)

“Avaliação e monitoramento integrado. [...] Oficinas de avaliação e monitoramento integrada periódica, podendo ser com o Estado e municípios.” (S15)

Segundo Dubois, Champagne e Bilodeau (2011), avaliar além de ser uma atividade técnica, é prática e, principalmente, emancipatória, visto que suscita aos atores envolvidos ampla compreensão sobre as circunstâncias de realização de uma intervenção, além de proporcionar participação ativa no seu aprimoramento.

Tendo como local do estudo o Estado da Bahia, é importante ressaltar a existência do GeoPortal de Informações em Saúde desenvolvido pela SESAB. Trata-se de uma sala de situação virtual que possibilita à sociedade o acompanhamento de indicadores de saúde do estado e dos municípios, através do endereço eletrônico <http://geolivresaud.ba.gov.br>.

O GeoPortal, portanto, é uma ferramenta potencializadora da qualificação da integração, do uso da informação em saúde, dos processos de linhas de cuidado, monitoramento e avaliação e fortalecimento do controle social (BAHIA, 2009).

No GeoPortal, há indicadores de saúde relacionados ao fortalecimento e à qualificação da AB como, por exemplo, proporção da cobertura populacional estimada por ESF e municípios contemplados com a especialização em Gestão da Atenção Básica, especialização em Saúde da Família, respectivamente. A proposta é a inclusão nesse portal de indicadores para avaliar o grau de integração entre a VEDI e ESF nos municípios do Estado da Bahia.

Pondera-se um crescente interesse de incluir a avaliação das ações como um processo rotineiro da gestão e imprescindível à tomada de decisão e ao planejamento estratégico situacional no campo da saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; PAIM, 2014).

5.3 Modelo Lógico da Integração entre a VEDI e a ESF

A partir da revisão de literatura, dos documentos disponíveis analisados e da análise do conteúdo dos questionários, construiu-se o ML e as duas MAJ. Dentre os 32 documentos analisados, nenhum retrata propostas de integração entre VEDI e ESF, provavelmente pela especificidade da VEDI. A partir dos documentos lidos e analisados, observa-se que as diretrizes para a integração da VS e AB são: organização do processo de trabalho; promoção da saúde; território integrado entre AB e VS; planejamento e programação; participação e controle social; educação permanente em saúde; e monitoramento e avaliação (BRASIL, 2009c).

A integração do trabalho entre AB e VS é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública/coletiva para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. (BRASIL, 2017a).

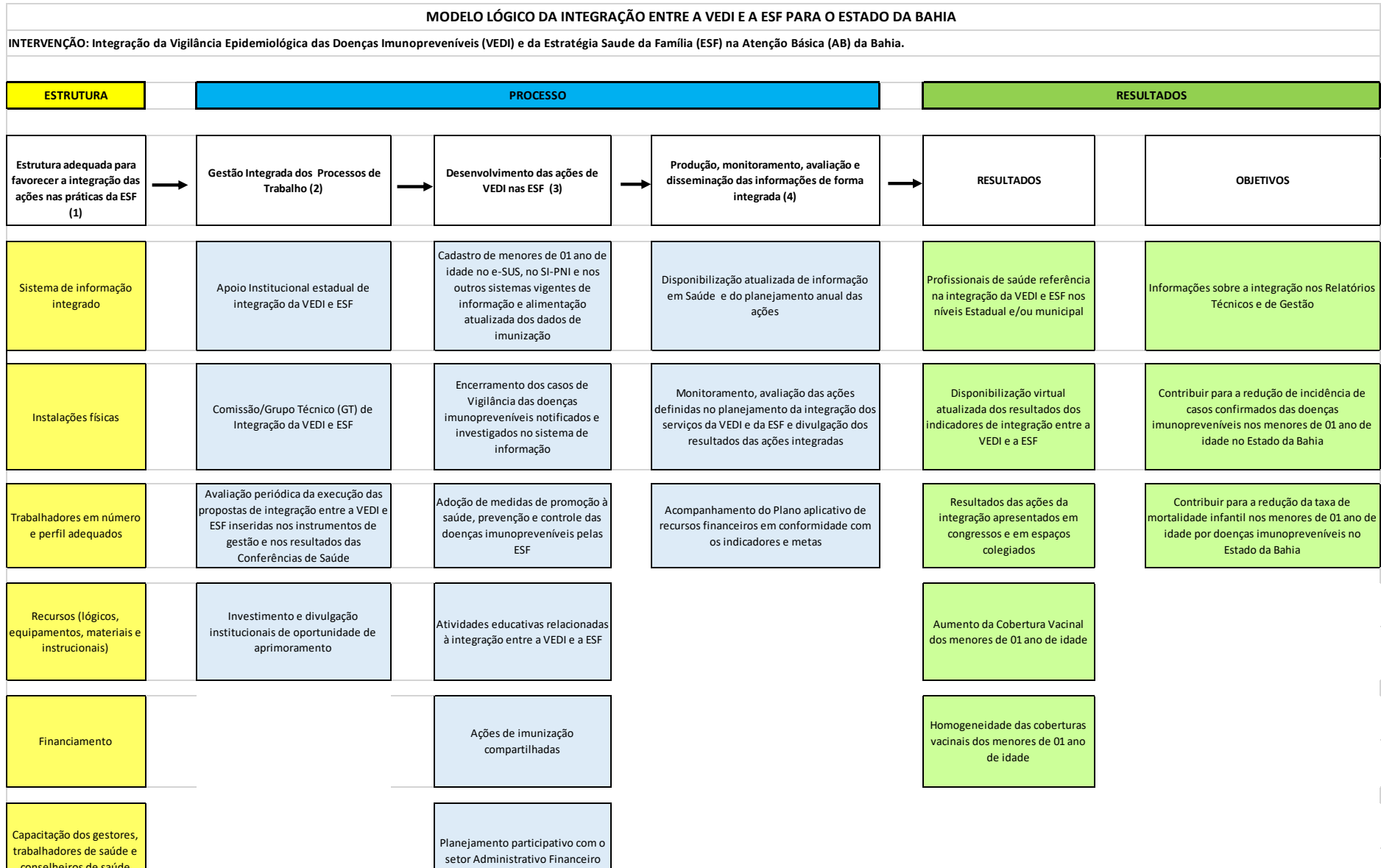
Conforme a Política Nacional da Vigilância em Saúde, a VS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária (BRASIL, 2018e). Nessa direção, acredita-se que as diretrizes supracitadas também sejam norteadoras para a integração entre VEDI e ESF.

A elaboração do ML consiste numa proposta descritiva e organizativa das ideias, hipóteses e expectativas de um programa, de forma articulada aos resultados esperados, facilitando o planejamento, a informação dos seus objetivos e o funcionamento esperado (SILVA, 2005).

Para Champagne e colaboradores, modelizar é revelar o conjunto das hipóteses necessárias para que a intervenção permita melhorar a situação problemática. Pode, portanto, servir de guia para apreciação normativa da estrutura, processo e resultados (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

A figura a seguir ilustra o ML da integração da vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis (VEDI) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB) elaborado.

Figura 1. Modelo lógico da Integração da Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB) da Bahia



Por fim, cabe salientar que a integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia é compreendida, neste estudo, com base nos elementos constituintes do ML, os quais em uma situação empírica dada serão julgados (etapa não prevista neste trabalho) a partir da MAJ para estabelecimento do grau de integração por meio da mensuração dos indicadores.

5.4 Proposta de Matriz de Análise e Julgamento

Baseado no ML construído, foi elaborada a MAJ – constando os itens dimensão; subdimensão; critério; pontuação; parâmetro; fontes de informação; e pergunta avaliativa (pergunta atrelada ao critério a ser inserida no questionário) – na qual foram elencados indicadores a fim de nortear as avaliações do grau de integração entre a VEDI e a ESF nos municípios e no Estado.

Nesse sentido, a MAJ desenvolvida foi composta por 27 critérios, dos quais seis estavam relacionados com a dimensão estrutura, treze com a dimensão processo e oito com a dimensão resultado.

A MAJ apresenta os critérios, indicadores, pontuação e parâmetros que poderão ser utilizados para as avaliações, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas para análise e interpretação dos dados coletados a fim de definir o grau de implantação da intervenção (MEDINA et al., 2010; ALVES et al., 2010).

Por ser um instrumento que visa medir o grau da integração entre a VEDI e a ESF, o público-alvo para utilização da MAJ será os gestores municipais e estaduais e os técnicos municipais e estaduais - atuantes na gestão da atenção da VEDI, da imunização e da AB. Foram construídas, portanto, duas MAJ: uma específica para o âmbito municipal e outra, para o âmbito estadual.

Consoante Vieira-da-Silva (2014) é recomendável submeter a matriz de critérios e indicadores ao consenso de especialistas e aos *stakeholders*, entretanto este estudo não teve como objetivo validar a ferramenta.

As MAJs propostas serão úteis para avaliar o grau de integração no nível municipal e estadual. Sendo assim, alguns indicadores mensuram dados municipais e outros, dados estaduais. Cabe ressaltar que o conjunto das avaliações municipais é imprescindível para a avaliação estadual, uma vez que, as ações de integração desenvolvidas pelos/nos municípios fazem parte das ações de integração do Estado.

Nas ferramentas propostas da MAJ, a dimensão estrutura foi composta por uma subdimensão – estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF, na qual foram considerados seis critérios: sistema de informação integrado, instalações físicas, trabalhadores em

número e perfil adequados, recursos (lógicos, equipamentos, materiais e instrucionais), financiamento, capacitação dos gestores, trabalhadores de saúde e conselheiros de saúde.

Por sua vez, a dimensão processo foi formada por três subdimensões – gestão integrada dos processos de trabalho; desenvolvimento das ações de VEDI nas ESF; e produção, monitoramento e disseminação das informações de forma integrada – associadas aos 13 critérios abaixo:

Quadro 4: Subdimensões e critérios da dimensão processo do modelo lógico construído.

| Subdimensões | Crítérios |
|---|--|
| Gestão integrada dos processos de trabalho | Apoio Institucional (AI) estadual de integração da VEDI e ESF; |
| | Comissão/Grupo de Técnico (GT) de Integração da VEDI e ESF; |
| | Avaliação periódica da execução das propostas de integração entre a VEDI e a ESF inseridas nos instrumentos de gestão e nos resultados das Conferências de Saúde (CS); |
| | Investimento e divulgação institucional de oportunidade de aprimoramento; |
| Desenvolvimento das ações de VEDI nas ESF | Cadastro de menores de 01 ano de idade no e-SUS, no SI-PNI e nos outros sistemas vigentes de informação e alimentação atualizada dos dados de imunização; |
| | Encerramento dos casos de Vigilância das doenças imunopreveníveis notificados e investigados no sistema de informação; |
| | Adoção de medidas de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças imunopreveníveis pelas ESF; |
| | Atividades educativas relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF; |
| | Ações de imunização compartilhadas; |
| | Planejamento participativo com o setor Administrativo Financeiro; |
| Produção, monitoramento e disseminação das informações de forma integrada | Disponibilização atualizada de informação em Saúde e do planejamento anual das ações; |
| | Monitoramento, avaliação das ações definidas no planejamento da integração dos serviços da VEDI e ESF e divulgação dos resultados das ações integradas; |
| | Acompanhamento do Plano aplicativo de recursos financeiros em conformidade com os indicadores e metas. |

Por fim, a dimensão resultado foi composta por duas subdimensões denominadas resultados e objetivos relacionadas a oito critérios:

Quadro 5: Subdimensões e critérios da dimensão resultado do modelo lógico construído.

| Subdimensões | Critérios |
|---------------------|---|
| Resultados | Profissionais de saúde referência na integração da VEDI e ESF no nível Estadual e/ou municipal; |
| | Disponibilização virtual atualizada dos resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF; |
| | Resultados das ações da integração apresentados em congressos e em espaços colegiados; |
| | Aumento da Cobertura Vacinal dos menores de 01 ano de idade; |
| | Homogeneidade das coberturas vacinais dos menores de 01 ano de idade; |
| Objetivos | Informações sobre a integração nos Relatórios Técnicos e de Gestão; |
| | Contribuir para a redução de incidência de casos confirmados das doenças imunopreveníveis nos menores de 01 ano de idade; |
| | Contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil nos menores de 01 ano de idade por doenças imunopreveníveis. |

As MAJs desenvolvidas, portanto, foram compostas por 27 critérios, dos quais seis estavam relacionados com a dimensão estrutura, treze com a dimensão processo e oito com a dimensão resultado (quadros abaixo):

Quadro 6. Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão estrutura; subdimensão estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|---------------------------------|--|---|--|---|---|
| Sistema de informação integrado | Existência de Sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados no município; | Existência de sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados = 2 | Existência de sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados no município | Sistema de informação integrado | Há sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados no município? |
| | | Não existência de sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados = 0 (zero) | | | |
| Instalações Físicas | Existência de Rede de Frio de Imunobiológicos no município com instalação física adequada; | Existência de Rede de Frio de Imunobiológicos no município com instalação física adequada conforme recomendações técnicas do PNI= 2 | Existência de Rede de Frio de Imunobiológicos no município com instalação física adequada conforme recomendações técnicas do PNI | Fotos ou relatório da visita técnica na Rede de Frio do município | As instalações físicas da Rede de Frio de Imunobiológicos do município são/estão conforme as recomendações técnicas do PNI, ou seja, adequadas para operacionalização segura de armazenamento e distribuição dos imunobiológicos? |
| | | Não existência de Rede de Frio de Imunobiológicos no município com instalação física adequada conforme recomendações técnicas do PNI = 0 (zero) | | | |
| | nº de Sala de Vacina com instalações físicas adequadas no município; | Existência de 2 ou mais Salas de Vacina com instalações físicas adequadas no município = 2 | Existência de sala de vacina com instalações físicas adequadas no município conforme as recomendações técnicas do PNI | Fotos ou relatório da visita técnica na Sala de Vacina do município | As instalações físicas da Sala de Vacina do município são/estão conforme as recomendações técnicas do PNI, ou seja, adequadas para operacionalização segura da vacinação? |
| | Existência de 01 (uma) Sala de Vacina com instalações físicas adequadas no município = 1 | | | | |
| | Não existência de Sala de Vacina com instalações físicas adequadas no município = 0 (zero) | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | Existência de Setor de Vigilância Epidemiológica (VE) municipal com instalações físicas adequadas; | Existência de Setor de VE com instalações físicas adequadas no município = 1; | Existência de Setor de VE com 01 sala exclusiva para operação da VE Municipal, com computador exclusivo para o setor e conectado à impressora, internet e mobiliário para arquivo; | Fotos ou relatório da visita técnica no Setor de VE do município | As instalações físicas do Setor de VE, no município, são adequadas para funcionamento? |
| | | Não existência de Setor de VE com instalações físicas adequadas no município = 0 (zero); | | | |

Quadro 6.1 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão estrutura; subdimensão estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|---|---|--|--------------|---|
| Trabalhadores em número e perfil adequados | Nº de trabalhadores suficiente para operacionalizar a Rede de Frio de Imunobiológicos do município; | Existência de nº de trabalhadores suficiente para operacionalizar a Rede de Frio de Imunobiológicos do município = 1 | Existência de nº de trabalhadores suficientes para operacionalizar a Rede de Frio de Imunobiológicos do município; | Questionário | O nº de trabalhadores para operacionalizar a Rede de Frio de Imunobiológicos do município é suficiente? |
| | | Existência de nº de trabalhadores insuficiente para operacionalizar a Rede de Frio de Imunobiológicos do município = 0 (zero) | | | |
| | Nº de trabalhadores (digitadores) municipais suficientes para operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI; | Existência de trabalhadores (digitadores) municipais suficientes para operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI = 1 | Existência de trabalhadores (digitadores) municipais suficientes para operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI | Questionário | O nº de trabalhadores (digitadores) municipais existentes para operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI é suficiente? |
| | | Não existência de trabalhadores (digitadores) municipais suficientes para | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--------------|---|--|
| | | operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI = 0 (zero) | | | |
| % de trabalhadores - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos do município - com vínculo trabalhista estável no município; | Existência de 70% a 100% de trabalhador - atuante na Rede de Frio de Imunobiológico - com vínculo trabalhista estável no município = 1 | Existência de trabalhador da Rede de Frio de Imunobiológico com vínculo trabalhista estável no município | Questionário | Qual o percentual de trabalhadores - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos - com vínculo trabalhista estável no município? | |
| | Existência de 50% a 69% de trabalhador - atuante na Rede de Frio de Imunobiológico - com vínculo trabalhista estável no município = 0,5 | | | | |
| | Existência de menos de 50% de trabalhador - atuante na Rede de Frio de Imunobiológico - com vínculo trabalhista estável no município = 0 (zero) | | | | |
| % de trabalhadores - atuantes na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - com vínculo trabalhista estável no município; | Existência de 70% a 100% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - com vínculo trabalhista estável no município = 1 | Existência de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI com vínculo trabalhista estável. | Questionário | Qual o percentual de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SIPNI Estadual - com vínculo trabalhista estável no município? | |
| | Existência de 50% a 69% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - com vínculo trabalhista estável no município = 0,5 | | | | |
| | Existência de menos de 50% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - com vínculo trabalhista | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--------------|--|--|
| | | estável no município = 0 (zero) | | | |
| % de trabalhador - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos municipal - exclusivo para esse setor; | Existência de 70% a 100% de trabalhadores - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos municipal - exclusivo para esse setor no município = 1 | Existência de trabalhador - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos municipal - exclusivo para esse setor. | Questionário | Qual o percentual de trabalhador - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos municipal exclusivo para este setor? | |
| | Existência de 50% a 69% de trabalhadores - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos municipal - exclusivo para esse setor no município = 0,5 | | | | |
| | Existência de menos de 50% de trabalhadores - atuante na Rede de Frio de Imunobiológicos municipal - exclusivo para esse setor no município = 0 (zero) | | | | |
| % de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - exclusivo para essa função; | Existência de 70% a 100% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - exclusivo para essa função no município = 1 | Existência de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - exclusivo para essa função no município; | Questionário | Qual o percentual de trabalhador atuando na alimentação/gerência do e-SUS e/ou do SI-PNI municipal exclusivo para essa função? | |
| | Existência de 50% a 69% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - exclusivo para essa função no município = 0,5 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--------------|--|--|
| | | Existência de menos de 50% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI municipal - exclusivo para essa função no município = 0 (zero) | | | |
| Perfil da Coordenação Municipal de Imunização (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Municipal de Imunização, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função= 1 | Existência de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Municipal de Imunização, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) do(a) Coordenador(a) Municipal de Imunização? | |
| | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador (a) Municipal de Imunização, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5 | | | | |
| | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Municipal de Imunização, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, menos de 05 anos de tempo na função= 0 (zero) | | | | |
| Perfil da Coordenação Municipal de AB (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Municipal de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos | Existência de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Municipal de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) do(a) Coordenador(a) Municipal de AB? | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------------|---|
| | | ou mais de tempo na função = 1; | vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função | | |
| | | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Municipal de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5 | | | |
| | | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Municipal de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, menos de 05 anos de tempo na função= 0 (zero) | | | |
| | Perfil da Coordenação/Subcoordenação da Rede de Frio Municipal (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de Coordenação/subcoordenação da Rede de Frio Municipal, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função= 1; | Existência de Coordenação/subcoordenação da Rede de Frio Municipal, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) da Coordenação/subcoordenação da Rede de Frio Municipal? |
| | | Presença de Coordenação/subcoordenação da Rede de Frio Municipal, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5; | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | Presença de Coordenação/subcoordenação da Rede de Frio Municipal, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, menos de 05 anos de tempo na função= 0 (zero); | | | |
| | Perfil da Coordenação Municipal da Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI) (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de Coordenação Municipal da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função = 1; | Existência de Coordenação Municipal da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) da Coordenação Municipal da VEDI? |
| Presença de Coordenação Municipal da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5; | | | | | |
| Presença de Coordenação Municipal da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e menos de 5 anos de tempo na função= 0 (zero); | | | | | |
| Percentual de Técnico de nível superior na equipe municipal da Coordenação de Imunização por categoria; | Existência de 40 a 50% de sanitaristas, de 30% a 40% de enfermeiros e de 10% a 20% de médicos = 1 | Existência de sanitarista na equipe municipal da Coordenação de Imunização; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível superior na equipe municipal da Coordenação de Imunização, por categoria? | |
| | Existência de mais de 50% de sanitaristas = 0,5 | | | | |
| | Existência de menos de 40% de sanitaristas = 0 (zero) | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--------------|---|
| Percentual de Técnico de nível superior na equipe municipal da Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI) por categoria; | Existência de 40 a 50% de sanitарistas, de 30% a 40% de enfermeiros e de 10% a 20% de médicos = 1 | Existência de sanitарista na equipe municipal da VEDI; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível superior na equipe municipal da VEDI, por categoria? |
| | Existência de mais de 50% de sanitарistas = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 40% de sanitарistas = 0 (zero) | | | |
| Percentual de Técnico de nível superior na equipe municipal da Coordenação de AB por categoria; | Existência de 40 a 50% de sanitарistas, de 30% a 40% de enfermeiros e de 10% a 20% de médicos = 1 | Existência de sanitарista na equipe municipal da Coordenação de AB; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível superior na equipe municipal da Coordenação de AB, por categoria? |
| | Existência de mais de 50% de sanitарistas = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 40% de sanitарistas = 0 (zero) | | | |
| Percentual de Técnico de nível médio na equipe municipal da Coordenação de Imunização; | Existência de menos de 15% de técnico de nível médio = 1 | Existência de técnico de nível médio na equipe municipal da Coordenação de Imunização; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível médio na equipe municipal da Coordenação de Imunização? |
| | Existência de 15 a 24% de técnico de nível médio = 0,5 | | | |
| | Existência de 25% a 30% de técnico de nível médio = 0 (zero) | | | |
| Percentual de Técnico de nível médio na equipe municipal da VEDI; | Existência de menos de 15% de técnico de nível médio = 1 | Existência de técnico de nível médio na equipe municipal da VEDI; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível médio na equipe municipal da VEDI? |
| | Existência de 15 a 24% de técnico de nível médio = 0,5 | | | |
| | Existência de 25% a 30% de técnico de nível médio = 0 (zero) | | | |
| Percentual de Técnico de nível médio na equipe municipal da Coordenação de AB; | Existência de menos de 15% de técnico de nível médio = 1 | Existência de técnico de nível médio na equipe municipal da Coordenação de AB; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível médio na equipe municipal da Coordenação de AB? |
| | Existência de 15 a 24% de técnico de nível médio = 0,5 | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | | Existência de 25% a 30% de técnico de nível médio = 0 (zero) | | | |
| Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem na equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em de Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV (formação de vacinadores); | Existência de 50% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV = 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitado em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem na equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV? | |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV = 0,5 | | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV = 0 (zero) | | | | |
| Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem na equipe municipal da VEDI capacitados em de Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV (formação de vacinadores); | Existência de 50% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da VEDI capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV = 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da VEDI capacitado em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem na equipe municipal da VEDI capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV? | |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da VEDI capacitados em Sala de | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | Vacina, Rede de Frio e EAPV= 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da VEDI capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem na equipe municipal da Coordenação de AB capacitados em de Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV (formação de vacinadores); | Existência de 50% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da Coordenação de AB capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV= 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da Coordenação de AB capacitado em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem na equipe municipal da Coordenação de AB capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV? |
| | | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da Coordenação de AB capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da equipe municipal da Coordenação de AB capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em Vigilância Epidemiológica das | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em VEDI = 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitado em VEDI; | Certificado ou declaração de participação ou lista de | Percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em VEDI? |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Doenças Imunopreveníveis (VEDI); | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em VEDI = 0,5 | | presença na/da capacitação | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados em VEDI = 0 (zero) | | | |
| Percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI); | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em VEDI= 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em VEDI; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em VEDI? |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em VEDI= 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em VEDI= 0 (zero) | | | |
| Percentual de trabalhadores da equipe municipal da VIEP capacitados em Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI); | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe municipal da VIEP capacitados em VEDI= 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da VIEP capacitados em VEDI; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe municipal da VIEP capacitados em VEDI? |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe municipal da VIEP capacitados em VEDI= 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe municipal da VIEP | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | | capacitados em VEDI= 0 (zero) | | | |
| Percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em imunização; | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em imunização= 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em imunização; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em imunização? | |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em imunização = 0,5 | | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados em imunização = 0 (zero) | | | | |
| Percentual de trabalhadores da Vigilância Epidemiológica (VIEP) municipal capacitados nos sistemas de informação (e-SUS e SI-PNI); | Existência de 50% dos trabalhadores da VIEP municipal capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1 | Existência de trabalhador na equipe municipal da VIEP capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN); | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Qual o percentual de trabalhadores da VIEP municipal capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) ? | |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da VIEP municipal capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5 | | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da VIEP municipal capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero) | | | | |
| Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação Municipal da Imunização capacitados nos sistemas de | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados | Existência de trabalhador na equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados nos sistemas de | Certificado ou declaração de participação | Qual o percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados nos | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| | <p>informação (e-SUS e SI-PNI);</p> | <p>nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1</p> | <p>informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN);</p> | <p>ou lista de presença na/da capacitação</p> | <p>sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)?</p> |
| | | <p>Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5</p> | | | |
| | | <p>Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de Imunização capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero)</p> | | | |
| | <p>Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação Municipal da AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS e SI-PNI);</p> | <p>Existência de 50% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1</p> | <p>Existência de trabalhador da equipe municipal da Coordenação da AB capacitado nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN);</p> | <p>Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação</p> | <p>Qual o percentual de trabalhadores da equipe municipal da Coordenação de AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)?</p> |
| | | <p>Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5</p> | | | |
| | | <p>Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe municipal da Coordenação da AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero)</p> | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------|---|
| <p>Percentual de trabalhadores da VIEP municipal que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS e SI-PNI);</p> | <p>Existência de 50% dos trabalhadores da VIEP Municipal que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1</p> | <p>Existência de trabalhador da VIEP municipal que manuseia os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN);</p> | <p>Questionário</p> | <p>Qual o percentual de trabalhadores da VIEP municipal que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)?</p> |
| | <p>Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da VIEP Municipal que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5</p> | | | |
| | <p>Existência de menos de 30% dos trabalhadores da VIEP Municipal que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero)</p> | | | |
| <p>Percentual de trabalhadores da Coordenação municipal de Imunização que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS e SI-PNI);</p> | <p>Existência de 50% dos trabalhadores da Coordenação Municipal de Imunização que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1</p> | <p>Existência de trabalhador da Coordenação municipal de Imunização que manuseia os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN);</p> | <p>Questionário</p> | <p>Qual o percentual de trabalhadores da Coordenação municipal de Imunização que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)?</p> |
| | <p>Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da Coordenação Municipal de Imunização que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5</p> | | | |
| | <p>Existência de menos de 30% dos trabalhadores da Coordenação Municipal de Imunização que</p> | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--------------|--|
| | | manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de trabalhadores da Coordenação Municipal da AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS e SI-PNI); | Existência de 50% dos trabalhadores da Coordenação Municipal de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1 | Existência de trabalhador da Coordenação Municipal de AB que manuseia os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN); | Questionário | Qual o percentual de trabalhadores da Coordenação Municipal de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)? |
| Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da Coordenação Municipal de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5 | | | | | |
| Existência de menos de 30% dos trabalhadores da Coordenação Municipal de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero) | | | | | |

Quadro 6.2 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão estrutura; subdimensão estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|---|--|--|--|--------------|--|
| Recursos (lógicos, equipamentos, materiais e instrucionais) | Veículo municipal próprio e exclusivo para as atividade de imunização e VEDI da AB; | Existência de veículo municipal próprio e exclusivo para as atividades de imunização e VEDI=1 | Existência de veículo municipal próprio e exclusivo para as atividades de imunização e VEDI; | Questionário | Município tem veículo próprio e exclusivo para as atividades de imunização e de VEDI? |
| | | Não existência de veículo municipal próprio e exclusivo para as atividades de imunização e VEDI= 0 (zero) | | | |
| | Veículo municipal próprio e exclusivo para o transporte dos imunobiológicos - cadeia de frio; | Existência de veículo municipal próprio para o transporte dos imunobiológicos = 1 | Existência de veículo municipal próprio para o transporte dos imunobiológicos; | Questionário | O Município tem veículo próprio para o transporte dos imunobiológicos? |
| | | Não existência de veículo municipal próprio para o transporte dos imunobiológicos = 0 (zero) | | | |
| | Computador exclusivo para VIEP municipal, impressora, telefone exclusivo para a equipe da VIEP municipal; equipamentos de informática adequados para operar o sistema (Cadastro no e-SUS; no SI-PNI e SINAN); acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela Secretária Municipal de Saúde (SMS); | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da VIEP municipal=1 | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da VIEP municipal | Questionário | Existência de computador e telefones exclusivos para a equipe da VIEP Municipal, impressora; equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS? |
| | | Existência de apenas um equipamento (computador ou telefone) exclusivo, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da VIEP Municipal = 0,5 | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--------------|--|
| | | Não existência de equipamento de comunicação, de informática e acesso à internet para a equipe da VIEP Municipal= 0 (zero) | | | |
| | Computador exclusivo para a Imunização, impressora, telefone exclusivo para a equipe da imunização municipal; equipamentos de informática adequados para operar o sistema (Cadastro no e-SUS; no SI-PNI e SINAN); acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela Secretária Municipal de Saúde (SMS); | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da Imunização municipal=1 | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da Imunização municipal | Questionário | Existência de computador e telefones exclusivos para a equipe da Imunização Municipal, impressora; equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS? |
| | Existência de apenas um equipamento (computador ou telefone) exclusivo, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da imunização Municipal = 0,5 | | | | |
| | Não existência de equipamento de comunicação, de informática e acesso à internet para a equipe da imunização Municipal= 0 (zero) | | | | |
| | Computador exclusivo para a AB, impressora, telefone exclusivo para a equipe da AB municipal; equipamentos de informática adequados para operar o sistema (Cadastro no e-SUS; no SI-PNI e SINAN); acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela Secretária Municipal de Saúde (SMS); | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da AB municipal=1 | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de | Questionário | Existência de computador e telefones exclusivos para a equipe da AB Municipal, impressora; equipamentos de informática para o(s) |

| | | | | |
|--|--|--|--------------|--|
| | Existência de apenas um equipamento (computador ou telefone) exclusivo, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da AB Municipal = 0,5 | qualidade disponibilizada pela SMS para a equipe da AB municipal | | sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SMS? |
| | Não existência de equipamento de comunicação, de informática e acesso à internet para a equipe da AB Municipal = 0 (zero) | | | |
| Número de responsável técnico (RT) no município pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos (seringa, agulha, caixa térmica, termômetro digital, câmara fria) de vacinação; | Existência, no município, de 2 RTs pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação = 1 | Existência, no município, de responsáveis técnicos pelo gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação | Questionário | Quantos responsáveis técnicos no município há pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação? |
| | Existência, no município, de 1 RT pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação = 0,5 | | | |
| | Não existência no município de RT pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação = 0 (zero) | | | |
| Número de responsável técnico (RT) no município pelo Gerenciamento do material de expediente (papel de ofício A4, cartucho/toner para impressora, material ou recurso para realização de capacitação); | Existência, no município, de 2 RTs pelo Gerenciamento do material de expediente = 1 | Existência, no município, de responsáveis técnicos pelo gerenciamento do material de expediente | Questionário | Quantos responsáveis técnicos no município há pelo Gerenciamento do material de expediente? |
| | Existência, no município, de 1 RT pelo Gerenciamento do material de expediente = 0,5 | | | |
| | Não existência no município de RT pelo Gerenciamento do material de expediente = 0 (zero) | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| | Disponibilidade de manuais/documentos instrucionais (Manuais do PNI, Notas Técnicas, Informe Técnico, Manual de Vigilância em Saúde, Portaria, Protocolos, ficha de investigação individual, ficha de notificação compulsória, software dos programas do SI-PNI, SINAN, SIM, SINASC); | Existência de divulgação dos manuais/documentos instrutivos; Não existência de divulgação dos manuais/documentos instrutivos; | Existência de divulgação dos manuais/documentos instrutivos | Questionário | Há divulgação dos manuais/documentos instrucionais para os profissionais da VIEP, da Imunização e da AB? |
| Financiamento | Recurso financeiro destinado à integração entre a VEDI e a ESF | Existência de recurso financeiro destinado à integração entre a equipe da VEDI e a ESF = 1 Não existência de recurso financeiro destinado à integração entre a equipe da VEDI e a ESF = 0 (zero) | Existência de recurso financeiro destinado à integração entre a equipe da VEDI e a ESF | Questionário | Há recurso financeiro destinado à integração entre a VEDI e a ESF? |
| Capacitação dos gestores, trabalhadores de saúde e conselheiros de saúde | % de gestores municipais da VIEP capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de 40% a 50% dos gestores municipais da VIEP capacitados = 1 | Existência de gestores municipais da VIEP capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de gestores municipais da VIEP capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Existência de 30% a 39% dos gestores municipais da VIEP capacitados = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos gestores municipais da VIEP capacitados = 0 (zero) | | | |
| | % de gestores municipais da imunização capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de 40% a 50% dos gestores municipais da imunização capacitados = 1 | Existência de gestores municipais da imunização capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de gestores municipais da imunização capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Existência de 30% a 39% dos gestores municipais da imunização capacitados = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos gestores municipais da imunização capacitados = 0 (zero) | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| % de gestores municipais da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de 40% a 50% dos gestores municipais da AB capacitados = 1 | Existência de gestores municipais da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de gestores municipais da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | Existência de 30% a 39% dos gestores municipais da AB capacitados = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 30% dos gestores municipais da AB capacitados = 0 (zero) | | | |
| % de trabalhadores da equipe da VIEP capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de mais de 50% dos trabalhadores da equipe da VIEP capacitados = 1 | Existência, no município, de trabalhadores da equipe da VIEP capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe da VIEP capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | Existência de 40% a 50% dos trabalhadores da equipe da VIEP capacitados = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 40% dos trabalhadores da equipe da VIEP capacitados = 0 (zero) | | | |
| % de trabalhadores da equipe da Imunização capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de mais de 50% dos trabalhadores da equipe da Imunização capacitados = 1 | Existência, no município, de trabalhadores da equipe da Imunização capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe da Imunização capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | Existência de 40% a 50% dos trabalhadores da equipe da Imunização capacitados = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 40% dos trabalhadores da equipe da Imunização capacitados = 0 (zero) | | | |
| % de trabalhadores da equipe da Coordenação Municipal da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de mais de 50% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Municipal da AB capacitados = 1 | Existência, no município, de trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença | Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação Municipal da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | Existência de 40% a 50% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Municipal da AB capacitados = 0,5 | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | Existência de menos de 40% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Municipal da AB capacitados = 0 (zero) | | na/da capacitação | |
| % de ESF do município que realizaram (ou foram contempladas) capacitações sobre a integração entre a VEDI e a ESF; | | Existência de mais de 50% das ESF do município que realizaram ou foram contempladas em) capacitações em integração entre a VEDI e ESF = 1 | Existência, no município, de ESF da equipe da Coordenação da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de ESF do município que realizaram (ou foram contempladas em) capacitações sobre a integração entre a VEDI e a ESF? |
| | | Existência de 40% a 50% das ESF do município que realizaram ou foram contempladas em) capacitações em integração entre a VEDI e ESF = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 40% das ESF do município que realizaram ou foram contempladas em) capacitações em integração entre a VEDI e ESF = 0 (zero) | | | |
| % de conselheiros de saúde municipais capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | | Existência de mais de 50% dos conselheiros de saúde municipais capacitados em integração entre a VEDI e ESF = 1 | Existência, no município, de conselheiros de saúde municipais capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de conselheiros de saúde municipais capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Existência de 40% a 50% dos conselheiros de saúde municipais capacitados em integração entre a VEDI e ESF = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 40% dos conselheiros de saúde municipais capacitados em integração entre a VEDI e ESF = 0 (zero) | | | |

Quadro 6.3 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão processo; subdimensão Gestão Integrada dos Processos de Trabalho.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|---|--|---|---|---|
| Apoio Institucional (AI) estadual de integração da VEDI e ESF | Município tem suporte do Apoio Institucional (AI) estadual de integração da VEDI e ESF; | Município com suporte do AI estadual de integração da VEDI e ESF=1 | Existência de suporte, ao município, do Apoio Institucional do estado de integração da VEDI e ESF | Questionário | O município tem suporte do apoiador institucional do Estado de integração da VEDI e ESF? |
| | | Município sem suporte do AI estadual de integração da VEDI e ESF=0 (zero) | | | |
| Comissão/Grupo Técnico (GT) de Integração da VEDI e ESF | Número de Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF no município criada; | Criada uma (01) Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF no município = 2 | Existência de Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF | Portaria Municipal publicada | Quantas Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF na Bahia foram criadas? |
| | | Não criada Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF no município = 0 | | | |
| | Percentual de reuniões técnicas trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração entre a VEDI e a ESF realizadas conforme cronograma anual; | 75% a 100% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual= 2 | Existência de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões técnicas da Comissão/GT Municipal de Integração entre a VEDI e a ESF foram realizadas conforme cronograma anual? |
| | | 50% a 74% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual= 1 | | | |
| Menos de 50% e mais de 20% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual= 0,5 | | | | | |
| Percentual de reuniões trimestrais da Comissão/ GT Municipal de integração entre a VEDI e a ESF | 75% a 100% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com | Existência de reuniões trimestrais realizadas pela | Ata/Memória ajuda da reunião e | Quantas reuniões da Comissão/GT Municipal de | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| | com participação (presencial ou virtual) do(s) Apoio Institucional(s) Estadual; | participação do(s) AI(s) estadual = 2 | Comissão/GT Municipal de Integração com participação do AI estadual | cronograma anual | Integração entre a VEDI e a ESF com a participação de AI estadual, conforme cronograma anual de planejamento das reuniões? |
| | | 50% a 74% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com participação do(s) AI(s) estadual = 1 | | | |
| | | Menos de 50% e mais de 20% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com participação do(s) AI(s) estadual = 0,5 | | | |
| Avaliação periódica da execução das propostas de integração entre a VEDI e ESF inseridas nos instrumentos de gestão e nos resultados das Conferências de Saúde (CS) | Percentual de propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas que constam nos instrumentos de gestão (incluindo Plano Municipal de Saúde Plurianual), nos resultados e no relatório final da(s) Conferência(s) de Saúde (CS) municipal(is); | 70% a 100% das propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão = 2 | Existência de propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão | Instrumento de Gestão e Relatórios da CS | Quantas propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF foram realizadas dentro do universo das propostas municipais de integração entre VEDI e a ESF inseridas nos instrumentos de gestão e nos resultados das CS? |
| | | 40% a 69% das propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão realizadas = 1 | | | |
| | | Menos de 40% e mais de 20% das propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão = 0,5 | | | |
| | Percentual de gestores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia; | 70% ou mais de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 2 | Existência de gestores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da Integração da VEDI e ESF da Bahia | Certificado de participação e/ou lista de presença assinada pelos participantes | Qual percentual de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia? |
| | | 40% a 69% de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 1 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| | | 10% a 39% de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 0,5 | | | |
| | Percentual de trabalhadores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia; | 70% ou mais de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 2 | Existência de trabalhadores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da Integração da VEDI e ESF da Bahia | Certificado de participação e/ou lista de presença assinada pelos participantes | Qual percentual de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia? |
| 40% a 69% de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 1 | | | | | |
| 10% a 39% de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 0,5 | | | | | |
| Investimento e divulgação institucional de oportunidade de aprimoramento | Número de oportunidades de aprimoramento (na área de integração entre a VEDI e a ESF e/ou análise de dados) divulgadas institucionalmente pelo município; | Divulgadas institucionalmente pelo município oportunidades de aprimoramento = 1 | Existência de oportunidades de aprimoramento divulgadas institucionalmente pelo município | Documento que comprove que a divulgação foi realizada | Divulgadas, pelo município, institucionalmente oportunidades de aprimoramento (na área de integração entre a VEDI e a ESF e/ou análise de dados) aos trabalhadores da ESF, VEDI e AB? |
| | | Não divulgadas institucionalmente pelo município oportunidades de aprimoramento = 0 (zero) | | | |

Quadro 6.4 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão processo; subdimensão Desenvolvimento das ações de VEDI nas ESF.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|---|--|---|---|---|
| Apoio Institucional (AI) estadual de integração da VEDI e ESF | Município tem suporte do Apoio Institucional (AI) estadual de integração da VEDI e ESF; | Município com suporte do AI estadual de integração da VEDI e ESF=1 | Existência de suporte, ao município, do Apoio Institucional do estado de integração da VEDI e ESF | Questionário | O município tem suporte do apoiador institucional do Estado de integração da VEDI e ESF? |
| | | Município sem suporte do AI estadual de integração da VEDI e ESF=0 (zero) | | | |
| Comissão/Grupo Técnico (GT) de Integração da VEDI e ESF | Número de Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF no município criada; | Criada uma (01) Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF no município = 2 | Existência de Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF | Portaria Municipal publicada | Quantas Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF na Bahia foram criadas? |
| | | Não criada Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF no município = 0 | | | |
| | Percentual de reuniões técnicas trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração entre a VEDI e a ESF realizadas conforme cronograma anual; | 75% a 100% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual= 2 | Existência de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões técnicas da Comissão/GT Municipal de Integração entre a VEDI e a ESF foram realizadas conforme cronograma anual? |
| | | 50% a 74% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual= 1 | | | |
| menos de 50% e mais de 20% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual= 0,5 | | | | | |
| Percentual de reuniões trimestrais da Comissão/ GT Municipal de integração entre a VEDI e a ESF com | 75% a 100% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com | Existência de reuniões trimestrais realizadas pela | Ata/Memória ajuda da reunião e | Quantas reuniões da Comissão/GT Municipal de | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| | participação (presencial ou virtual) do(s) Apoio Institucional(s) Estadual; | participação do(s) AI(s) estadual = 2 | Comissão/GT Municipal de Integração com participação do AI estadual | cronograma anual | Integração entre a VEDI e a ESF com a participação de AI estadual, conforme cronograma anual de planejamento das reuniões? |
| | | 50% a 74% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com participação do(s) AI(s) estadual = 1 | | | |
| | | menos de 50% e mais de 20% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com participação do(s) AI(s) estadual = 0,5 | | | |
| Avaliação periódica da execução das propostas de integração entre a VEDI e ESF inseridas nos instrumentos de gestão e nos resultados das Conferências de Saúde (CS) | Percentual de propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas que constam nos instrumentos de gestão (incluindo Plano Municipal de Saúde Plurianual), nos resultados e no relatório final da(s) Conferência(s) de Saúde (CS) municipal(is); | 70% a 100% das propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão = 2 | Existência de propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão | Instrumento de Gestão e Relatórios da CS | Quantas propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF foram realizadas dentro do universo das propostas municipais de integração entre VEDI e a ESF inseridas nos instrumentos de gestão e nos resultados das CS? |
| | | 40% a 69% das propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão realizadas = 1 | | | |
| | | menos de 40% e mais de 20% das propostas municipais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão = 0,5 | | | |
| | Percentual de gestores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia; | 70% ou mais de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 2 | Existência de gestores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da Integração da VEDI e ESF da Bahia | Certificado de participação e/ou lista de presença assinada pelos participantes | Qual percentual de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia? |
| | | 40% a 69% de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 1 | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| | | 10% a 39% de gestores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 0,5 | | | |
| | Percentual de trabalhadores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia; | 70% ou mais de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 2 | Existência de trabalhadores municipais participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da Integração da VEDI e ESF da Bahia | Certificado de participação e/ou lista de presença assinada pelos participantes | Qual percentual de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia? |
| | | 40% a 69% de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 1 | | | |
| | | 10% a 39% de trabalhadores do município participantes do Fórum Estadual Permanente Anual da integração da VEDI e ESF da Bahia = 0,5 | | | |
| Investimento e divulgação institucional de oportunidade de aprimoramento | Número de oportunidades de aprimoramento (na área de integração entre a VEDI e a ESF e/ou análise de dados) divulgadas institucionalmente pelo município; | Divulgadas institucionalmente pelo município oportunidades de aprimoramento = 1 | Existência de oportunidades de aprimoramento divulgadas institucionalmente pelo município | Documento que comprove que a divulgação foi realizada | Divulgadas, pelo município, institucionalmente oportunidades de aprimoramento (na área de integração entre a VEDI e a ESF e/ou análise de dados) aos trabalhadores da ESF, VEDI e AB? |
| | | Não divulgadas institucionalmente pelo município oportunidades de aprimoramento = 0 (zero) | | | |
| Cadastro de menores de 01 ano de idade no e-SUS, no SI-PNI e nos outros sistemas | Percentual de equipe de Saúde da Família (ESF) com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de informação que contemplam dados de imunização | 80% a 100% de ESFs do município com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de informação (E-Sus; SI-PIN) = 1 | Existência de ESFs com menores de 01 ano de idade cadastrados nos | Sistemas de Informação (E-SUS; SI-PNI) | Quantas ESF estão com os menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| vigentes de informação e alimentação atualizada dos dados de imunização | | 40% a 79% de ESFs do município com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de informação = 0,5 (E-Sus; SI-PIN) | sistemas de informação | | informação que contemplam dados de imunização? |
| | | menos de 40% de ESFs do município com menores de 01 ano de idade cadastrados no sistema de informação = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de ESF com os dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas de informação | 80% a 100% das ESFs do município com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas = 2 | Existência de ESFs do município com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas de informação | Sistemas de Informação (E-SUS; SI-PNI) | Quantas ESFs do município estão com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas em relação ao universo dos municípios com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de informação? |
| | | 40% a 79% das ESFs do município com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas = 1 | | | |
| menos de 40% e mais de 20% das ESFs do município com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas = 0,5 | | | | | |
| Encerramentos dos casos de Vigilância das doenças imunopreveníveis notificados e investigados no sistema de informação | Percentual de casos notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) | 80% a 100% dos casos municipais notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no SINAN = 2 | Existência de casos municipais investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no SINAN | Sistema de Informação (SINAN) | Quantos casos notificados e investigados de doenças imunopreveníveis pelo município foram encerrados no SINAN? |
| | | 50% a 79% dos casos municipais notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no SINAN = 1 | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | | menos de 50% e mais de 20% dos casos municipais notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no SINAN = 0,5 | | | |
| Adoção de medidas de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças imunopreveníveis pelas ESF | Percentual de ESF que adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados | 80% a 100% das ESFs do município que adotaram medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados = 2 | Existência de ESF no município que adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados | Sistema de Informação (SINAN) | Quantas ESFs do município adotaram medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados? |
| | | 50% a 79% das ESFs do município que adotaram medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados = 1 | | | |
| | | menos de 50% e mais de 20% das ESFs do município que adotaram medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados = 0,5 | | | |
| Atividades educativas relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF | Percentual de ESF que realizaram atividades educativas relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF realizadas no último ano; | 80% a 100% das ESFs do município realizaram atividades educativas de integração entre a VEDI e a ESF realizadas no último ano = 1 | Existência de ESF no município que realizou atividade educativa relacionada à integração entre a VEDI e a ESF | Instrumento municipal de registro da atividade educativa realizada ou lista de presença da atividade educativa realizada | Quantas ESF do município realizaram atividades educativas de integração entre a VEDI e a ESF realizadas no último ano? |
| | | 50% a 79% das ESF do município realizaram atividade educativa relacionada à integração entre a VEDI e a ESF no último ano = 0,5 | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| | | menos de 50% e mais de 20% das ESF do município realizaram atividades educativas de integração entre a VEDI e a ESF realizadas no último ano = zero | | | |
| Ações de imunização compartilhadas | Número de reunião municipal realizada no ano para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade com os conselheiros municipais de saúde; | 02 (duas) a 04 (quatro) reuniões municipais no ano realizadas com os conselheiros municipais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual= 2 01 (uma) reunião municipal no ano realizada com os conselheiros municipais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual=1 zero reunião municipal no ano realizada com os conselheiros municipais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual= 0,5 | Existência, no ano, de reunião(ões) municipal(is) realizada(s) com os Conselheiros Municipais de Saúde para compartilhamento do resultado da CV nos menores de 01 ano de idade conforme cronograma anual | Ata/memória ajuda da reunião realizada e cronograma anual das reuniões planejadas | Quantas reuniões municipais no ano realizadas com os conselheiros municipais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual? |
| Planejamento participativo com o setor Administrativo Financeiro | Percentual de reuniões (semestrais) entre a imunização, a AB, a VIEP e o setor Administrativo Financeiro municipal | 100% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a equipe de imunização, da AB, de VIEP e setor Administrativo Financeiro | Existência, no ano, de reunião(ões) semestral(is) sobre as ações de integração entre a VEDI e a ESF realizada(s) com a | Ata/memória ajuda da reunião realizada e cronograma anual das | Quantas reuniões semestrais ocorreram entre a equipe da imunização, da AB, da VIEP e setor |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------|--|
| | | municipal conforme cronograma anual = 1 | equipe de imunização, da AB, da VIEP e setor Administrativo Financeiro Municipal conforme cronograma anual | reuniões planejadas | Administrativo Financeiro Municipal sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF conforme cronograma anual? |
| | | 50% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a equipe de imunização, da AB, da VIEP e setor Administrativo Financeiro municipal conforme cronograma anual = 05 | | | |
| | | 0% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a equipe de imunização, da AB, da VIEP e setor Administrativo Financeiro Municipal conforme cronograma anual= 0 | | | |

Quadro 6.5 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão processo; subdimensão Produção, monitoramento e disseminação das informações de forma integrada.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|---|---|---|--------------------------------|---|
| | | 50% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a equipe de imunização, da AB, da VIEP e setor Administrativo Financeiro municipal conforme cronograma anual = 05 | | | |
| | | 0% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a equipe de imunização, da AB, da VIEP e setor Administrativo Financeiro Municipal conforme cronograma anual= 0 | | | |
| Disponibilização atualizada de informação em Saúde e do planejamento anual das ações | Páginas <i>web</i> do município (exemplo Secretaria Municipal de Saúde/SMS) com dados de imunização analisados disponibilizados em tempo hábil; | Dados atuais de imunização (de 100% das ESF) analisados disponibilizados na página <i>web</i> do município (da SMS) = 2 | Existência de dados atualizados de imunização (das ESF) | Página <i>web</i> do município | Dados atuais de imunização analisados disponibilizados na página <i>web</i> do município (SMS)? |
| | | Dados atuais de imunização (de 99% a 50% das ESF) analisados disponibilizados na página <i>web</i> do município (da SMS) = 1 | disponibilizados na página <i>web</i> do município | | |
| | | Dados atuais de imunização (de menos de 50%) analisados disponibilizados na página <i>web</i> do município (da SMS) = 0,5 | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | Percentual de <i>web</i> reunião semestral realizada pela Coordenação Municipal de Imunização, conforme cronograma anual, para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal (CV) nos menores de 1 ano de idade do município para a AB, VIEP e Conselheiros Municipais de Saúde; | 100% de <i>web</i> reuniões semestrais realizadas pela Coordenação Municipal de Imunização, conforme cronograma anual, para compartilhamento do resultado municipal da CV nos menores de 1 ano de idade para a AB, VIEP e Conselheiros Municipais de Saúde = 2 | Existência, no ano, de <i>web</i> reuniões semestrais realizadas pela Coordenação Municipal de Imunização conforme cronograma anual, para compartilhamento do resultado municipal da CV nos menores de 01 ano de idade para a equipe da AB, da VIEP e conselheiros municipais de saúde | Ata/memória ajuda da reunião realizada e cronograma anual das reuniões planejadas | Quantas <i>web</i> reuniões semestrais da Imunização Estadual realizadas pela Coordenação Municipal de Imunização, conforme cronograma anual, para compartilhamento do resultado municipal da CV nos menores de 1 ano de idade para a equipe da AB, da VIEP e conselheiros municipais de saúde ? |
| | | 50% de <i>web</i> reuniões realizadas pela Coordenação Municipal de Imunização, conforme cronograma anual, para compartilhamento do resultado municipal da CV nos menores de 1 ano de idade para a AB, VIEP e Conselheiros Municipais de Saúde = 1 | | | |
| | | menos de 50% de <i>web</i> reuniões realizadas pela Coordenação Municipal de Imunização, conforme cronograma anual, para compartilhamento do resultado municipal da CV nos menores de 1 ano de idade para a AB, VIEP e Conselheiros Municipais de Saúde = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de <i>web</i> reunião técnica quadrimestral realizada entre a Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF, o Apoio Institucional Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF; | 100% de <i>web</i> reuniões técnicas quadrimestrais realizadas entre a Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF, o AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF conforme cronograma anual = 2 | Existência, no ano, de <i>web</i> reuniões semestrais realizadas pela Coordenação Municipal de Imunização conforme cronograma anual, para | Ata/memória ajuda da reunião realizada e cronograma anual das reuniões planejadas | Quantas <i>web</i> reuniões técnicas (quadrimestrais) realizadas, conforme cronograma anual, entre a Comissão/GT |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | 66% de <i>web</i> reuniões técnicas quadrimestrais realizadas entre a Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF, o AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF conforme cronograma anual = 1 | compartilhamento do resultado municipal da CV nos menores de 01 ano de idade para a equipe da AB, da VIEP e conselheiros municipais de saúde | | Municipal de Integração da VEDI e ESF, o AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF? |
| | | 33% de <i>web</i> reuniões técnicas quadrimestrais realizadas entre a Comissão/GT Municipal de Integração da VEDI e ESF, o AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF conforme cronograma anual = 0,5 | | | |
| | Número de relatório anual de gestão municipal elaborado pela Gestão Municipal constando os resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF | 01 Relatório Anual de Gestão Municipal elaborado constando os resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF = 2 | Existência de Relatório Anual de Gestão Municipal constando os resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF | Relatório Anual de Gestão Municipal | Constam os resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF no Relatório Anual de Gestão Municipal? |
| | | zero Relatório Anual de Gestão Municipal elaborado constando os resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF = 0 (zero) | | | |
| Monitoramento, avaliação das ações definidas no planejamento da integração dos serviços da VEDI e ESF e divulgação dos resultados das ações integradas | Número de <i>web</i> seminários semestrais realizados para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF do município; | 2 <i>web</i> seminários municipais realizados no ano para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF do município = 2 | Existência, no ano, de <i>web</i> seminário(s) municipal(is) realizado(s) para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF | Lista de presença virtual ou certificado ou documento final elaborado no <i>web</i> seminário | Quantos <i>web</i> seminários municipais realizados para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF do município? |
| | | 1 <i>web</i> seminário municipal realizado no ano para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF do município = 1 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| | | zero <i>web</i> seminário municipal realizado no ano para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF do município = 0 (zero) | | | |
| Acompanhamento do Plano aplicativo de recursos financeiros em conformidade com os indicadores e metas | Execução do Plano aplicativo de recursos financeiros em conformidade com os indicadores e metas da integração dos serviços da VEDI e ESF no município | Plano aplicativo de recursos financeiros executado em conformidade com os indicadores e metas municipais da integração dos serviços da VEDI e ESF= 1 | Existência de plano aplicativo de recursos financeiros constando indicadores e metas municipais da integração dos serviços da VEDI e ESF | Relatório Anual de Gestão Municipal constando a análise da execução do plano aplicativo de recursos financeiros | O plano aplicativo de recursos financeiros está sendo executado em conformidade com os indicadores e metas municipais da integração dos serviços da VEDI e ESF no Estado da Bahia? |
| | | Plano aplicativo de recursos financeiros não executado em conformidade com os indicadores e metas municipais da integração dos serviços da VEDI e ESF= 0 (zero) | | | |

Quadro 6.6 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão resultado; subdimensão Resultados.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|--|---|--|---|--|
| Profissionais de saúde referência na integração da VEDI e ESF no nível Estadual e/ou municipal | Comissão/Grupo Técnico (GT) municipal de Integração da VEDI e ESF ativa/o; | 50% ou mais de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual e/ou 50% ou mais de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com participação do(s) AI(s) = 1 | Existência, no ano, de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração e/ou com participação do AI estadual | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | A Comissão/Grupo Técnico (GT) de Integração da VEDI e ESF do município está ativa/o? |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | menos de 50% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Municipal de Integração no ano conforme cronograma anual e menos de 50% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Municipal de Integração com participação do(s) AI(s) = zero | | | |
| Disponibilização virtual atualizada dos resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF | Página <i>web</i> da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados em tempo hábil; | Página <i>web</i> da SMS com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados em tempo hábil = 1 | Existência dos resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF na página <i>web</i> da SMS | <i>Print</i> ou impressão da página <i>web</i> constando a data do dia | Resultados atualizados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados nas páginas <i>web</i> da SMS? |
| | | Zero página <i>web</i> da SMS com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados em tempo hábil = 0 (zero) | | | |
| Resultados das ações da integração apresentados em congressos e em espaços colegiados | Nº de congressos que os profissionais de saúde do município participaram apresentando os resultados das ações de integração entre VEDI e a ESF do município; | Congresso (s) com as ações de integração entre VEDI e a ESF do município apresentadas = 1 | Existência, no ano, de congresso com as ações municipais de integração entre a VEDI e a ESF apresentadas | Certificado da apresentação ou algum documento que comprove a apresentação realizada | Os resultados das ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia foram apresentados em congresso(s) e/ou em espaços colegiados, no ano, por algum profissional de saúde/gestor da Bahia ? |
| | | Nenhum congresso no ano com as ações de integração entre VEDI e a ESF do município apresentadas = 0 (zero) | | | |
| | Nº de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que os gestores municipais participaram apresentando os resultados das ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia; | Reunião da CIB, no ano, com as ações de integração entre VEDI e a ESF do município apresentadas = 1 | Existência, no ano, de reunião da CIB com apresentação das ações municipais de integração entre VEDI e ESF | Ata da reunião realizada | |
| Nenhuma reunião da CIB no ano com as ações de integração entre VEDI e a ESF do município apresentadas = 0 (zero) | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|-----------------------|---|
| Aumento da Cobertura Vacinal dos menores de 01 ano de idade | Nº de vacinas, preconizadas para os menores de 01 ano de idade, que tiveram a cobertura vacinal municipal aumentada no ano; | 4 a 6 vacinas, dentre as administradas para os menores de 01 ano de idade, com a cobertura vacinal (CV) municipal aumentada no ano = 2 | Existência, no ano, de aumento da CV nos menores de 01 ano de idade | Sistema de Informação | Quantas vacinas, dentre as administradas para os menores de 01 ano de idade, tiveram a cobertura vacinal (CV) municipal aumentada no ano? |
| | | 2 a 3 vacinas, dentre as administradas para os menores de 01 ano de idade, com a cobertura vacinal (CV) municipal aumentada no ano = 1 | | | |
| | | 1 vacina, dentre as administradas para os menores de 01 ano de idade, com a cobertura vacinal (CV) municipal aumentada no ano = 0,5 | | | |
| Homogeneidade das coberturas vacinais dos menores de 01 ano de idade | Percentual de equipes da ESF no município com coberturas vacinais satisfatórias nos menores de 01 ano de idade; | 70 a 100% das equipes da ESF do município com coberturas vacinais satisfatórias (igual ou superior a 80% de CV) nos menores de 01 ano de idade = 2 | Existência de ESF municipal com CV satisfatórias (igual ou superior a 80% de CV) nos menores de 01 ano de idade | Sistema de Informação | Quantas equipes da ESF apresentaram coberturas vacinais igual ou superior a 80% de CV para as vacinas dos menores de 01 ano de idade? |
| | | 40 a 69% das equipes da ESF do município com coberturas vacinais satisfatórias (igual ou superior a 80% de CV) nos menores de 01 ano de idade= 1 | | | |
| | | menos de 40% e mais de 20% das equipes da ESF do município com coberturas vacinais satisfatórias (igual ou superior a 80% de CV)= nos menores de 01 ano de idade= 0,5 | | | |

Quadro 6.7 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível municipal): dimensão resultado; subdimensão Objetivos.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|--|---|---|--|---|
| Informações sobre a integração nos Relatórios Técnicos e de Gestão | Nº de relatórios municipais técnicos e de Gestão contendo informações sobre a integração entre a VEDI e a ESF; | Relatórios municipais técnicos e de Gestão produzidos contendo informações sobre a integração entre a VEDI e ESF= 1 | Existência de relatórios municipais técnicos e de Gestão contendo informações sobre a integração entre a VEDI e ESF | Questionário e Relatórios Técnicos e de Gestão | Os relatórios técnicos e de Gestão produzidos contêm informações sobre a integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Relatórios municipais técnicos e de Gestão produzidos não tendo informações sobre a integração entre a VEDI e ESF= 0 (zero) | | | |
| Contribuir para a redução de incidência de casos confirmados das doenças imunopreveníveis nos menores de 01 ano de idade | Nº de doenças imunopreveníveis que tiveram a redução da incidência municipal em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior; | Redução da incidência municipal de casos confirmados da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 1 | Existência de redução de casos confirmados da(s) doença(s) imunoprevenível(is) nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior | SINAN, relatórios técnicos e/ou de gestão | Quantas doenças imunopreveníveis tiveram a redução da incidência municipal em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior? |
| | | Estabilidade/Aumento da incidência municipal de casos confirmados da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 0 (zero) | | | |
| Contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil nos menores de 01 ano de idade por doenças imunopreveníveis | Nº de doenças imunopreveníveis que tiveram a redução municipal da taxa de mortalidade em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior; | Redução municipal da mortalidade da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 1 | Existência de redução da mortalidade da(s) doença(s) imunoprevenível(is) nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior | Sistema de Informação, relatório técnicos e/ou de gestão | Quantas doenças imunopreveníveis tiveram a redução estadual da taxa de mortalidade em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior? |
| | | Estabilidade/aumento municipal da mortalidade da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 0 | | | |

Quadro 7. Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão estrutura; subdimensão Estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|---------------------------------|---|---|--|---|--|
| Sistema de informação integrado | Existência de Sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados no Estado da Bahia; | Existência de sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados = 2 Não existência de sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados = 0 (zero) | Existência de sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados | Sistema de informação integrado | Há sistema de informação com dados epidemiológicos e de imunização integrados? |
| Instalações Físicas | Existência de Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI) do Estado com instalação física adequada; | Existência de CEADI com instalação física adequada conforme recomendações técnicas do PNI= 2 | Existência de CEADI com instalação física adequada conforme recomendações técnicas do PNI | Fotos da CEADI ou relatório da visita técnica na CEADI | As instalações físicas da CEADI são/estão conforme as recomendações técnicas do PNI, ou seja, adequadas para operacionalização segura de armazenamento e distribuição dos imunobiológicos? |
| | | Não existência de CEADI com instalação física adequada conforme recomendações técnicas do PNI = 0 (zero) | | | |
| | % de municípios com Sala de Vacina municipal com instalações físicas adequadas; | >80% dos municípios com Salas de Vacina com instalações físicas adequadas; | Existência de 01 sala de vacina no município com instalações físicas adequadas conforme as recomendações técnicas do PNI | Fotos ou relatório da visita técnica na Sala de Vacina do município | Quantos municípios têm sala de vacina nas quais as instalações físicas são/estão conforme as recomendações técnicas do PNI, ou seja, adequadas para operacionalização |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | | | segura da vacinação? |
| | % de municípios com Rede de Frio municipal com instalações físicas adequadas; | >80% dos municípios com Rede de Frio com instalações físicas adequadas | Existência de 01 sala exclusiva no município para operação da Rede de Frio Estadual conforme as recomendações técnicas do PNI | Fotos ou relatório da visita técnica na Rede de Frio do município | Quantos municípios têm Rede de Frio municipal nas quais as instalações físicas da Rede de Frio estão conforme as recomendações técnicas do PNI, ou seja, adequadas para operar a Rede de Frio? |
| | % de municípios com Setor de Vigilância Epidemiológica (VE) municipal com instalações físicas adequadas; | >80% dos municípios com Setor de VE com instalações físicas adequadas; | Existência de 01 sala exclusiva para operação da VE Municipal, com mobiliário para arquivo; | Fotos ou relatório da visita técnica no Setor de VE do município | Quantos municípios têm o setor de VE com instalações físicas adequadas para o funcionamento? |
| Trabalhadores em número e perfil adequados | Nº de trabalhadores suficiente para operacionalizar a Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI) no Estado; | Existência de nº de trabalhadores suficiente para operacionalizar a CEADI = 1 | Existência de nº de trabalhadores suficientes para operacionalizar a CEADI; | Questionário | O nº de trabalhadores para operacionalizar a CEADI é suficiente? |
| | | Existência de nº de trabalhadores insuficiente para operacionalizar a CEADI = 0 (zero) | | | |
| | % de municípios com trabalhadores (digitadores) municipais suficientes | >80% dos municípios com trabalhadores (digitadores) municipais suficientes para | Existência de trabalhadores (digitadores) | Questionário | O nº de trabalhadores (digitadores) |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------------|---|
| | para operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI; | operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI; | municipais suficientes para operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI | | municipais existentes para operacionalizar o e-SUS e o SI-PNI é suficiente? |
| | % de trabalhadores - atuante na Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI) - com vínculo trabalhista estável no Estado; | Existência de 70% a 100% de trabalhador - atuante na CEADI - com vínculo trabalhista estável no Estado = 1 | Existência de trabalhador do CEADI com vínculo trabalhista estável no Estado | Questionário | Qual o percentual de trabalhadores - atuante na CEADI - com vínculo trabalhista estável no Estado? |
| Existência de 50% a 69% de trabalhador - atuante na CEADI - com vínculo trabalhista estável no Estado = 0,5 | | | | | |
| Existência de menos de 50% de trabalhador - atuante na CEADI - com vínculo trabalhista estável no Estado = 0 (zero) | | | | | |
| | % de trabalhadores - atuantes na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - com vínculo trabalhista estável no Estado; | Existência de 70% a 100% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - com vínculo trabalhista estável no Estado = 1 | Existência de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI com vínculo trabalhista estável. | Questionário | Qual o percentual de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - com vínculo trabalhista estável no Estado? |
| Existência de 50% a 69% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - com vínculo trabalhista estável no Estado = 0,5 | | | | | |
| Existência de menos de 50% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - com vínculo trabalhista estável no Estado = 0 (zero) | | | | | |
| | % de trabalhador - atuante na Central Estadual de Armazenamento e | Existência de 70% a 100% de trabalhadores - atuante na | Existência de trabalhador - atuante | Questionário | Qual o percentual de trabalhador - |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------------|---|
| | Distribuição de Imunobiológicos (CEADI) - exclusivo para esse setor; | CEADI - exclusivo para esse setor no Estado = 1 | na CEADI - exclusivo para esse setor. | | atuante na CEADI exclusivo para este setor? |
| | | Existência de 50% a 69% de trabalhadores - atuante na CEADI - exclusivo para esse setor no Estado = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 50% de trabalhadores - atuante na CEADI - exclusivo para esse setor no Estado = 0 (zero) | | | |
| | % de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - exclusivo para essa função; | Existência de 70% a 100% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - exclusivo para essa função no Estado = 1 | Existência de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - exclusivo para essa função no Estado; | Questionário | Qual o percentual de trabalhador atuando na alimentação/gerência do e-SUS e/ou do SI-PNI Estadual exclusivo para essa função? |
| | | Existência de 50% a 69% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - exclusivo para essa função no Estado = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 50% de trabalhador - atuante na alimentação/gerência do e-SUS e/ou SI-PNI Estadual - exclusivo para essa função no Estado = 0 (zero) | | | |
| | Perfil da Coordenação Estadual de Imunização (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Estadual de Imunização, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função= 1 | Existência de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Estadual de Imunização, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) do(a) Coordenador(a) Estadual de Imunização? |
| | | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador (a) Estadual de Imunização, com carga horária | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--------------|---|
| | | de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5 | ou mais de tempo na função | | |
| | | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Estadual de Imunização, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, menos de 05 anos de tempo na função= 0 (zero) | | | |
| | Perfil da Coordenação Estadual de AB (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Estadual de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função = 1; | Existência de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Estadual de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) do(a) Coordenador(a) Estadual de AB? |
| | | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Estadual de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5 | | | |
| | | Presença de trabalhador(a) que seja Coordenador(a) Estadual de AB, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, menos de 05 anos de tempo na função= 0 (zero) | | | |
| | Perfil da Coordenação/Subcoordenação da Central Estadual de Armazenamento e Distribuição dos Imunobiológicos/CEADI (carga horária, exclusividade na função, | Presença de Coordenação/subcoordenação da CEADI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função= 1; | Existência de Coordenação/subcoo rdenação da CEADI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) da |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| | vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de Coordenação/subcoordenação da CEADI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5; | e 7 anos ou mais de tempo na função | | Coordenação/subcoo-ordenação da CEADI? |
| | | Presença de Coordenação/subcoo-ordenação da CEADI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, menos de 05 anos de tempo na função= 0 (zero); | | | |
| | Perfil da Coordenação Estadual da Vigilância Epidemiológica da Doenças Imunopreveníveis (VEDI) (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função); | Presença de Coordenação Estadual da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função = 1; | Existência de Coordenação Estadual da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 7 anos ou mais de tempo na função | Questionário | Qual o perfil (carga horária, exclusividade na função, vínculo trabalhista, tempo de trabalho na função) da Coordenação Estadual da VEDI? |
| | Presença de Coordenação Estadual da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e 5 a 6 anos de tempo na função= 0,5; | | | | |
| | Presença de Coordenação Estadual da VEDI, com carga horária de 40h, exclusivo para essa função, com vínculo permanente, e menos de 5 anos de tempo na função= 0 (zero); | | | | |
| Percentual de Técnico de nível superior na equipe Estadual da Coordenação de Imunização de Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (CIVEDI) por categoria; | Existência de 40 a 50% de sanitaristas, de 30% a 40% de enfermeiros e de 10% a 20% de médicos = 1 | Existência de sanitarista na equipe Estadual da Coordenação de Imunização de Vigilância | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível superior na equipe estadual da CIVEDI, por categoria? | |
| | Existência de mais de 50% de sanitaristas = 0,5 | | | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | Existência de menos de 40% de sanitарistas = 0 (zero) | Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (CIVEDI); | | |
| Percentual de Técnico de nível superior na equipe Estadual da Coordenação de AB por categoria; | Existência de 40 a 50% de sanitарistas, de 30% a 40% de enfermeiros e de 10% a 20% de médicos = 1 | Existência de sanitарista na equipe Estadual da Coordenação de AB; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível superior na equipe estadual da Coordenação de AB, por categoria? |
| | Existência de mais de 50% de sanitарistas = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 40% de sanitарistas = 0 (zero) | | | |
| Percentual de Técnico de nível médio na equipe Estadual da CIVEDI; | Existência de menos de 15% de técnico de nível médio = 1 | Existência de técnico de nível médio na equipe da CIVEDI; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível médio na equipe Estadual da CIVEDI? |
| | Existência de 15 a 24% de técnico de nível médio = 0,5 | | | |
| | Existência de 25% a 30% de técnico de nível médio = 0 (zero) | | | |
| Percentual de Técnico de nível médio na equipe Estadual da Coordenação de AB; | Existência de menos de 15% de técnico de nível médio = 1 | Existência de técnico de nível médio na equipe estadual da Coordenação de AB; | Questionário | Qual o percentual de técnico de nível médio na equipe Estadual da Coordenação de AB? |
| | Existência de 15 a 24% de técnico de nível médio = 0,5 | | | |
| | Existência de 25% a 30% de técnico de nível médio = 0 (zero) | | | |
| Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem da CIVEDI capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV (formação de vacinadores); | Existência de 50% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da CIVEDI capacitados = 1 | Existência de trabalhador da CIVEDI capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem da CIVEDI capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV? |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da CIVEDI capacitados = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da CIVEDI capacitados = 0 (zero) | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem da Coordenação Estadual de AB capacitados em de Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV (formação de vacinadores); | Existência de 50% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da Coordenação Estadual de AB capacitados = 1 | Existência de trabalhador da saúde da enfermagem da Coordenação Estadual de AB capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da saúde da enfermagem da Coordenação Estadual de AB capacitados em Sala de Vacina, Rede de Frio e EAPV? |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da Coordenação Estadual de AB capacitados = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores de saúde da enfermagem da Coordenação Estadual de AB capacitados = 0 (zero) | | | |
| Percentual de trabalhadores da CIVEDI capacitados em Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI); | Existência de 50% dos trabalhadores da CIVEDI capacitados = 1 | Existência de trabalhador da CIVEDI capacitados em Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da CIVEDI capacitados VEDI? |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da CIVEDI capacitados = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da CIVEDI capacitados = 0 (zero) | | | |
| Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados em Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI); | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados = 1 | Existência de trabalhador da equipe da Coordenação Estadual de AB capacitados em Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados em VEDI? |
| | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados = 0,5 | | | |
| | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados = 0 (zero) | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| | Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados em imunização; | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados = 1 | Existência de trabalhador da equipe da Coordenação Estadual de AB capacitados em Imunização; | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados em imunização? |
| | | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe da Coordenação da AB capacitados = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de trabalhadores da CIVEDI capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN); | Existência de 50% dos trabalhadores da CIVEDI capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1 | Existência de trabalhador da CIVEDI capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Qual o percentual de trabalhadores da CIVEDI capacitados nos sistemas de informação (e-SUS e SI-PNI)? |
| | | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da CIVEDI capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da CIVEDI capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN); | Existência de 50% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1 | Existência de trabalhador da equipe da Coordenação Estadual de AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Qual o percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual de AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)? |
| | | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados nos sistemas de | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------------|---|
| | | informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados nos sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de trabalhadores da CIVEDI que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN); | Existência de 50% dos trabalhadores da CIVEDI que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1 | Existência de trabalhador da CIVEDI que manuseia/utiliza os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) | Questionário | Qual o percentual de trabalhadores da CIVEDI que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)? |
| | | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da CIVEDI que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da CIVEDI que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de trabalhadores da Coordenação Estadual da AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN); | Existência de 50% dos trabalhadores da Coordenação Estadual de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 1 | Existência de trabalhador da equipe da Coordenação Estadual de AB que manuseia/utiliza os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) | Questionário | Qual o percentual de trabalhadores da Coordenação Estadual de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN)? |
| | | Existência de 30 a 49% dos trabalhadores da Coordenação Estadual de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0,5 | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | Existência de menos de 30% dos trabalhadores da Coordenação Estadual de AB que manuseiam/utilizam os sistemas de informação (e-SUS, SI-PNI, SINAN) = 0 (zero) | | | |
|--|--|---|--|--|--|

Quadro 7.1 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão estrutura; subdimensão Estrutura adequada para favorecer a integração das ações nas práticas da ESF.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|---|---|--|---|--------------|--|
| Recursos (lógicos, equipamentos, materiais e instrucionais) | Veículo estadual próprio para as atividades de imunização e VEDI da AB; | Existência de veículo estadual próprio para as atividades de imunização e VEDI=1 | Existência de veículo estadual próprio para as atividades e imunização e VEDI da AB | Questionário | Estado tem veículo próprio para as atividades de imunização e de VEDI? |
| | | Não existência de veículo estadual próprio para as atividades de imunização e VEDI= 0 (zero) | | | |
| | Caminhões estaduais próprios para o transporte dos imunobiológicos - cadeia de frio; | Existência de caminhões estaduais próprios para o transporte dos imunobiológicos = 1 | Existência de caminhões estaduais próprios para o transporte dos imunobiológicos | Questionário | O Estado tem caminhões próprios para o transporte dos imunobiológicos? |
| | Não existência de caminhões estaduais próprios para o transporte dos imunobiológicos = 0 (zero) | | | | |
| | Computador exclusivo para CIVEDI, impressora, telefone exclusivo para a equipe da CIVEDI, fax; equipamentos de informática adequados para operar o sistema (Cadastro no e-SUS e no SI-PNI); acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SESAB para a equipe da CIVEDI=1 | Existência de computador e telefone exclusivos, impressora, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso | Questionário | Existência de computador exclusivo para a equipe da CIVEDI, impressora, telefone exclusivo para o setor de |

| | | | | |
|---|--|---|--------------|---|
| Secretária Estadual de Saúde da Bahia (SESAB); | Existência de apenas um equipamento (computador ou telefone) exclusivo, equipamentos de informática para o(s) sistema(s) e acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SESAB para a equipe da CIVEDI = 0,5 | regular à internet de qualidade disponibilizada pela SESAB | | VEDI, fax; equipamentos de informática para o sistema, acesso regular à internet de qualidade disponibilizada pela SESAB? |
| | Não existência de equipamento de comunicação, de informática e acesso à internet para a equipe da CIVEDI= 0 (zero) | | | |
| Número de responsável técnico (RT) no Estado pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos (seringa, agulha, caixa térmica, termômetro digital, câmara fria) de vacinação; | Existência, no Estado, de 2 RTs pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação = 1 | Existência, no Estado, de responsáveis técnicos pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação | Questionário | Quantos responsáveis técnicos no Estado há pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação? |
| | Existência, no Estado, de 1 RT pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação = 0,5 | | | |
| | Não existência no Estado de RT pelo Gerenciamento dos imunobiológicos e insumos de vacinação = 0 (zero) | | | |
| Número de responsável técnico (RT) no Estado pelo Gerenciamento do material de expediente (papel de ofício A4, cartucho/toner para impressora, material ou recurso para realização de capacitação); | Existência, no Estado, de 2 RTs pelo Gerenciamento do material de expediente = 1 | Existência, no Estado, de responsáveis técnicos pelo Gerenciamento do material de expediente | Questionário | Quantos responsáveis técnicos no Estado há pelo Gerenciamento do material de expediente? |
| | Existência, no Estado, de 1 RT pelo Gerenciamento do material de expediente = 0,5 | | | |
| | Não existência no Estado de RT pelo Gerenciamento do material de expediente = 0 (zero) | | | |
| Disponibilidade de manuais/documentos instrucionais | Existência de divulgação dos manuais/documentos instrutivos; | Existência de divulgação dos | Questionário | Há divulgação dos manuais/document |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|---|--|--|
| | (Manuais do PNI, Notas Técnicas, Informe Técnico, Manual de Vigilância em Saúde, Portaria, Protocolos, ficha de investigação individual, ficha de notificação compulsória, software dos programas do SI-PNI, SINAN, SIM, SINASC); | Não existência de divulgação dos manuais/documentos instrutivos; | manuais/documentos instrutivos | | os instrucionais para os profissionais da CIVEDI e da AB? | | | |
| Financiamento | Recurso financeiro destinado à integração entre a VEDI e a ESF | Existência de recurso financeiro destinado à integração entre a VEDI e a ESF = 1 | Existência de recurso financeiro destinado à integração entre a VEDI e a ESF | Questionário | Há recurso financeiro destinado à integração entre a VEDI e a ESF? | | | |
| | | Não existência de recurso financeiro destinado à integração entre a VEDI e a ESF = 0 (zero) | | | | | | |
| Capacitação dos gestores, trabalhadores de saúde e conselheiros de saúde | % de gestores estaduais da CIVEDI capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de 40% a 50% dos gestores estaduais da CIVEDI capacitados = 1 | Existência de gestores estaduais da CIVEDI capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de gestores estaduais da CIVEDI capacitados em integração entre a VEDI e ESF? | | | |
| | | Existência de 30% a 39% dos gestores estaduais da CIVEDI capacitados = 0,5 | | | | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos gestores estaduais da CIVEDI capacitados = 0 (zero) | | | | | | |
| | % de gestores estaduais da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de 40% a 50% dos gestores estaduais da AB capacitados = 1 | | | | Existência de gestores estaduais da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de gestores estaduais da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Existência de 30% a 39% dos gestores estaduais da AB capacitados = 0,5 | | | | | | |
| | | Existência de menos de 30% dos gestores estaduais da AB capacitados = 0 (zero) | | | | | | |
| % de trabalhadores da equipe da CIVEDI capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | Existência de mais de 50% dos trabalhadores da equipe da CIVEDI capacitados = 1 | Existência de trabalhadores da equipe da CIVEDI capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença | Percentual de trabalhadores da equipe da CIVEDI capacitados em integração entre a VEDI e ESF? | | | | |
| | Existência de 40% a 50% dos trabalhadores da equipe da CIVEDI capacitados = 0,5 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| | | Existência de menos de 40% dos trabalhadores da equipe da CIVEDI capacitados = 0 (zero) | | na/da capacitação | |
| % de trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | | Existência de mais de 50% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados = 1 | Existência de trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Existência de 40% a 50% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 40% dos trabalhadores da equipe da Coordenação Estadual da AB capacitados = 0 (zero) | | | |
| % de trabalhadores de saúde estaduais do Departamento da Atenção Básica (DAB) capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | | Existência de mais de 50% dos trabalhadores de saúde estaduais do DAB capacitados = 1 | Existência de trabalhadores estaduais da saúde do DAB capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de trabalhadores de saúde estaduais do DAB capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Existência de 40% a 50% dos trabalhadores de saúde estaduais do DAB capacitados = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 40% dos trabalhadores de saúde estaduais do DAB capacitados = 0 (zero) | | | |
| % de municípios baianos que realizaram (ou foram contemplados) capacitação/ões sobre a integração entre a VEDI e a ESF; | | Existência de mais de 50% dos municípios baianos que realizaram ou foram contemplados) capacitação/ões = 1 | Existência de município que realizaram (ou forma contemplados) com capacitação sobre a integração entre a VEDI e a ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de municípios baianos que realizaram (ou foram contemplados) capacitações sobre a integração entre a VEDI e a ESF? |
| | | Existência de 40% a 50% dos municípios baianos que realizaram ou foram contemplados) capacitação/ões = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 40% dos municípios baianos que realizaram ou foram | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| | | contemplados) capacitação/ões = 0 (zero) | | | |
| % de conselhos municipais de saúde (CMS) que tiveram conselheiros capacitados sobre a integração entre a VEDI e a ESF; | | Existência de mais de 50% dos CMS que tiveram conselheiros de saúde capacitados = 1 | Existência de CMS com conselheiros capacitados na integração entre a VEDI e a ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de CMS que tiveram conselheiros capacitados sobre a integração entre a VEDI e a ESF? |
| | | Existência de 40% a 50% dos CMS que tiveram conselheiros de saúde capacitados = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 40% dos CMS que tiveram conselheiros de saúde capacitados = 0 (zero) | | | |
| % de conselheiros de saúde estaduais capacitados em integração entre a VEDI e ESF; | | Existência de mais de 50% dos conselheiros de saúde estaduais capacitados = 1 | Existência de conselheiros estaduais de saúde capacitados em integração entre a VEDI e ESF | Certificado ou declaração de participação ou lista de presença na/da capacitação | Percentual de conselheiros de saúde estaduais capacitados em integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Existência de 40% a 50% dos conselheiros de saúde estaduais capacitados = 0,5 | | | |
| | | Existência de menos de 40% dos conselheiros de saúde estaduais capacitados = 0 (zero) | | | |

Quadro 7.2 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão processo; subdimensão Gestão Integrada dos Processos de Trabalho.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|---|--|---|--|--------------|--|
| Apoio Institucional (AI) estadual de integração da VEDI e ESF | Nº de Núcleo Regional de Saúde (NRS) com Apoio Institucional (AI) estadual de integração da VEDI e ESF | Quatro (04) a seis (06) NRS com AI estadual de integração da VEDI e ESF = 2 | Existência de Núcleos Regionais de Saúde com Apoio Institucional estadual de integração da VEDI e ESF. | Questionário | Quantos NRS tem AI estadual de integração da VEDI e ESF? |
| | | Dois (02) a três (03) NRS com AI estadual de integração da VEDI e ESF = 1 | | | |
| | | um (01) NRS com AI estadual de integração da VEDI e ESF = 0,5 | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| | % de reuniões anuais do Conselho estadual de Saúde (CES) que tiveram participação do(s) AI(s) estadual(is) de integração da VEDI e ESF; | 80% a 100% de reuniões do CES com participação do AI, em relação ao cronograma anual = 1 | Existência de reuniões do CES com participação do AI | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões do CES o(s) AI(s) participou(aram) conforme cronograma anual? |
| | | 50% a 70% de reuniões do CES com participação do AI, em relação ao cronograma anual = 0,5 | | | |
| | | menos de 50% de reuniões do CES com participação do AI, em relação ao cronograma anual = 0 (zero) | | | |
| | Percentual de reuniões (ou <i>web</i> reuniões) técnicas do(s) AI(s) estadual(is) realizadas conforme cronograma anual de reuniões técnicas do(s) AI(s); | 80% a 100% de reuniões técnicas dos AI(s) realizadas em relação ao cronograma anual = 2 | Existência de reuniões técnicas dos AIs | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões (web reuniões) técnicas do(s) AI(s) ocorreram conforme cronograma anual? |
| | | 50% a 70% de reuniões técnicas dos AI(s) realizadas em relação ao cronograma anual = 1 | | | |
| | | menos de 50% e mais de 20% de reuniões técnicas do(s) AI(s) realizadas em relação ao cronograma anual = 0,5 | | | |
| Comissão/Grupo Técnico (GT) de Integração da VEDI e ESF | Número de Comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF no Estado da Bahia criada; | Criada uma (01) Comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF no Estado da Bahia = 2 | Existência de Comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF | Portaria Estadual publicada | Quantas Comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF na Bahia foram criadas? |
| | | Não criada Comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF no Estado da Bahia = 0 | | | |
| | Percentual de reuniões técnicas trimestrais da Comissão/GT Estadual de Integração entre a VEDI e a ESF realizadas conforme cronograma anual; | 75% a 100% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Estadual de Integração no ano conforme cronograma anual= 2 | Existência de reuniões trimestrais da Comissão/GT Estadual de Integração | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões técnicas da Comissão/GT Estadual de Integração entre a VEDI e a ESF foram realizadas |
| | 50% a 74% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Estadual de | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| | | Integração no ano conforme cronograma anual= 1 | | | conforme cronograma anual? |
| | | menos de 50% e mais de 20% de reuniões trimestrais realizadas pela Comissão/GT Estadual de Integração no ano conforme cronograma anual= 0,5 | | | |
| | Percentual de reuniões trimestrais da Comissão/ GT Estadual de integração entre a VEDI e a ESF com participação do(s) AI(s); | 75% a 100% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Estadual de Integração com participação do(s) AI(s)= 2 | Existência de reuniões trimestrais da Comissão/GT Estadual de Integração com participação do(s) AI(s) | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões da Comissão/GT Estadual de Integração entre a VEDI e a ESF com a participação de AI(s), conforme cronograma anual de planejamento das reuniões? |
| | | 50% a 74% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Estadual de Integração com participação do(s) AI(s) = 1 | | | |
| | | menos de 50% e mais de 20% de reuniões trimestrais da Comissão/GT Estadual de Integração com participação do(s) AI(s) = 0,5 | | | |
| Avaliação periódica da execução das propostas de integração entre a VEDI e ESF inseridas nos instrumentos de gestão e nos resultados das Conferências de Saúde (CS) | Percentual de propostas estaduais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas que constam nos instrumentos de gestão e nos resultados das CS estaduais; | 70% a 100% das propostas estaduais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão = 2 | Existência de propostas estaduais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de Gestão | Instrumentos de Gestão | Quantas propostas estaduais de integração entre a VEDI e a ESF foram realizadas dentro do universo das propostas estaduais de integração entre VEDI e a ESF inseridas nos instrumentos de gestão e nos resultados das CS? |
| | | 40% a 69% das propostas estaduais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão realizadas = 1 | | | |
| | | menos de 40% e mais de 20% das propostas estaduais de integração entre a VEDI e a ESF realizadas e inseridas nos instrumentos de gestão = 0,5 | | | |
| | | Realizado um (01) Fórum Permanente Anual da integração | | Documento final | Quantos fóruns Permanente Anual |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | Número de Fórum Permanente Anual da integração da VEDI e ESF no Estado da Bahia realizado no ano; | da VEDI e ESF no Estado da Bahia = 2 | Existência do Fórum Anual da Integração da VEDI e ESF | elaborado no Fórum Permanente Anual de Integração | da integração da VEDI e ESF no Estado da Bahia realizados no ano? |
| | | Não realizado Fórum Permanente Anual da integração da VEDI e ESF no Estado da Bahia = 0 (zero) | | | |
| Investimento e divulgação institucional de oportunidade de aprimoramento | Número de oportunidades de aprimoramento (na área de integração entre a VEDI e a ESF e/ou análise de dados) divulgadas institucionalmente pelo Estado; | Divulgadas institucionalmente pelo Estado oportunidades de aprimoramento = 1 | Existência de oportunidades de aprimoramento divulgadas institucionalmente | Documento que comprove que a divulgação foi realizada | Divulgadas, pelo Estado, institucionalmente oportunidades de aprimoramento (na área de integração entre a VEDI e a ESF e/ou análise de dados) aos trabalhadores da ESF, VEDI e AB? |
| | | Não divulgadas institucionalmente pelo Estado oportunidades de aprimoramento = 0 (zero) | | | |

Quadro 7.3 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão processo; subdimensão Desenvolvimento das ações de VEDI nas ESF.

| Critérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|---|---|---|---|--|
| Cadastro de menores de 01 ano de idade no e-SUS, no SI-PNI e nos outros sistemas vigentes de informação e alimentação atualizada dos dados de imunização | Percentual de municípios com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de informação que contemplam dados de imunização | 80% a 100% dos municípios com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas= 1 | Existência de municípios com os menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de informação | Sistemas de informação | Quantos municípios com menores de 01 ano de idade estão cadastrados nos sistemas de informação que contemplam dados de imunização? |
| | | 40% a 79% dos municípios com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas= 0,5 | | | |
| menos de 40% dos municípios com menores de 01 ano de idade cadastrados = 0 (zero) | | | | | |
| | Percentual de municípios com os dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas de informação | 80% a 100% dos municípios com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas = 2 | Existência de municípios com os dados de imunização dos menores de 01 | Sistemas de informação (E-SUS e SI-PNI) | Quantos municípios com dados de imunização dos menores de 01 ano |

| | | | | | |
|---|--|---|---|-------|--|
| | | 40% a 79% dos municípios com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas = 1 | ano de idade inseridos nos sistemas de informação | | de idade inseridos nos sistemas em relação ao universo dos municípios com menores de 01 ano de idade cadastrados nos sistemas de informação? |
| | | menos de 40% e mais de 20% dos municípios com dados de imunização dos menores de 01 ano de idade inseridos nos sistemas = 0,5 | | | |
| Encerramento dos casos de Vigilância das doenças imunopreveníveis notificados e investigados no sistema de informação | Percentual de casos notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no sistema pela equipe Estadual | 80% a 100% dos casos notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no sistema pela equipe estadual=2 | Existência de casos encerrados de investigação de doenças imunopreveníveis no sistema | SINAN | Quantos casos notificados e investigados de doenças imunopreveníveis foram encerrados no sistema pela equipe Estadual? |
| | | 50% a 79% dos casos notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no sistema pela equipe estadual = 1 | | | |
| | | menos de 50% e mais de 20% dos casos notificados e investigados de doenças imunopreveníveis encerrados no sistema pela equipe estadual = 0,5 | | | |
| Adoção de medidas de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças imunopreveníveis pelas ESF | Percentual de municípios que a equipe da ESF adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados | 80% a 100% dos municípios a equipe da ESF adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados = 2 | Existência de município no qual a equipe da ESF adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados | SINAN | Quantos municípios a equipe da ESF adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados pela equipe da ESF? |
| | | 50% a 79% dos municípios a equipe da ESF adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados = 1 | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| | | menos de 50% e mais de 20% dos municípios a equipe da ESF adotou medidas de prevenção e de controle frente aos casos de vigilância de doenças imunopreveníveis notificados e investigados = 0,5 | | | |
| Atividades educativas relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF | Percentual de municípios que tiveram atividades educativas relacionadas à integração entre a VEDI e a ESF realizadas pelas ESFs no ano; | 80% a 100% dos municípios q equipe da ESF tiveram atividades educativas de integração entre a VEDI e a ESF realizadas no ano = 1 | Existência de município no qual a equipe da ESF realizou atividade educativa relacionada à integração entre a VEDI e a ESF | Lista de presença da atividade educativa realizada ou documento que comprove a realização da atividade educativa | Quantos municípios tiveram atividades educativas de integração entre a VEDI e a ESF realizadas no ano ano? |
| | | 50% a 79% dos municípios a equipe da ESF realizou atividade educativa relacionada à integração entre a VEDI e a ESF no ano = 0,5 | | | |
| | | menos de 50% e mais de 20% dos municípios a equipe da ESF tiveram atividades educativas de integração entre a VEDI e a ESF realizadas no ano = zero | | | |
| Ações de imunização compartilhadas | Número de reunião estadual realizada no ano para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade com os conselheiros estaduais de saúde; | 02 (duas) a 04 (quatro) reuniões estaduais no ano realizadas com os conselheiros estaduais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual= 2 | Existência de reuniões estaduais realizadas no ano com os conselheiros estaduais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões estaduais no ano realizadas com os conselheiros estaduais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual ? |
| | | 01 (uma) reunião estadual no ano realizada com os conselheiros estaduais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual=1 | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | zero reunião estadual no ano realizada com os conselheiros estaduais de saúde para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade conforme cronograma anual= 0,5 | | | |
| Planejamento participativo com o setor Administrativo Financeiro | Percentual de reuniões (semestrais) entre a DAB, a CIVEDI e o setor Administrativo Financeiro estadual | 100% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a DAB, CIVEDI e setor Administrativo Financeiro Estadual conforme cronograma anual = 1 | Existência de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF com a DAB, CIVEDI e setor Administrativo Financeiro Estadual | Ata/Memória ajuda da reunião e cronograma anual | Quantas reuniões ocorreram entre a DAB, CIVEDI e setor Administrativo Financeiro Estadual sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF conforme cronograma anual? |
| | | 50% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a DAB, CIVEDI e setor Administrativo Financeiro Estadual conforme cronograma anual = 05 | | | |
| | | 0% de reuniões semestrais sobre as ações de integração entre a VEDI e ESF realizadas entre a DAB, CIVEDI e setor Administrativo Financeiro Estadual conforme cronograma anual= 0 | | | |

Quadro 7.4 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão processo; subdimensão Produção, monitoramento e disseminação das informações de forma integrada.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte |
|--|---|---|---|---|
| Disponibilização atualizada de informação em Saúde e do planejamento anual das ações | Páginas <i>web</i> do GeoPortal de informação em Saúde, do e-Gestor, da SUVISA/SESAB e da DAB/SESAB com dados de imunização analisados disponibilizados em tempo hábil; | Dados atuais de imunização analisados disponibilizados nas 04 (quatro) páginas <i>web</i> (do GeoPortal de informação em Saúde, do e-Gestor, da SUVISA/SESAB e da DAB/SESAB) = 2 | Existência de dados atuais de imunização analisados e disponibilizados nas páginas <i>web</i> | páginas <i>web</i> (do GeoPortal de informação em Saúde, do e-Gestor, da SUVISA/SESAB e da DAB/SESAB) |
| | | Dados atuais de imunização analisados disponibilizados em 03 (três) das páginas <i>web</i> = 1 | | |
| | | Dados atuais de imunização analisados disponibilizados em 02 (duas) páginas <i>web</i> = 0,5 | | |
| | Percentual de <i>web</i> reunião semestral realizada pela Coordenação Estadual de Imunização, conforme cronograma anual, para compartilhamento do resultado da cobertura vacinal nos menores de 1 ano de idade por município/ Base Regional/NRS com os diretores da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Básica e Secretários de Saúde Municipais e Estadual; | 100% de <i>web</i> reuniões realizadas com os diretores da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Básica e Secretários de saúde Municipais e Estadual conforme cronograma anual= 2 | Existência de <i>web</i> reuniões com os diretores da Vigilância Epidemiológica e da AB e os secretários de saúde municipais e Estadual | Ata/Memória ajuda da reunião ou lista de presença virtual e cronograma anual |
| | | 50% de <i>web</i> reuniões realizadas com os diretores da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Básica e Secretários de saúde Municipais e Estadual conforme cronograma anual= 1 | | |
| | | menos de 50% de <i>web</i> reuniões realizadas com os diretores da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Básica e Secretários de saúde Municipais e Estadual conforme cronograma anual= 0 (zero) | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | Percentual de <i>web</i> reunião técnica quadrimestral realizada entre a Comissão Municipal de Integração de VEDI e ESF, o Apoio Institucional Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF; | 100% de <i>web</i> reuniões técnicas realizadas entre a Comissão Municipal de Integração de VEDI e ESF, o AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF conforme cronograma anual = 2 | Existência de <i>web</i> reuniões técnicas entre a Comissão Municipal de Integração de VEDI e ESF, AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF | Ata/Memória ajuda da reunião ou lista de presença virtual e cronograma anual |
| | | 66% de <i>web</i> reuniões técnicas realizadas entre a Comissão Municipal de Integração de VEDI e ESF, o AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF conforme cronograma anual = 1 | | |
| | | 33% de <i>web</i> reuniões técnicas realizadas entre a Comissão Municipal de Integração de VEDI e ESF, o AI Estadual e a Comissão Estadual da integração de VEDI e ESF conforme cronograma anual = 0,5 | | |
| | Número de boletim estadual informativo semestral das ações e resultados das ações integradas entre a VEDI e a ESF divulgados no ano; | 02 boletins informativos das ações e resultados das ações integradas entre a VEDI e a ESF divulgados no ano = 2 | Existência de boletim informativo das ações e resultados das ações integradas entre a VEDI e a ESF | Documento que comprove que a divulgação foi realizada |
| | | 01 boletim estadual informativo das ações e resultados das ações integradas entre a VEDI e a ESF divulgados no ano = 1 | | |
| | | zero boletim estadual informativo das ações e resultados das ações integradas entre a VEDI e a ESF divulgados no ano = 0 (zero) | | |
| Número de relatório anual de gestão estadual elaborado pelo Estado constando os resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF | 01 Relatório Anual de Gestão Estadual (RAGE) elaborado constando os resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF = 2 | Existência dos resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF no RAGE | RAGE | |
| | zero Relatório Anual de Gestão Estadual elaborado constando os | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF = 0 (zero) | | |
| Monitoramento, avaliação das ações definidas no planejamento da integração dos serviços da VEDI e ESF e divulgação dos resultados das ações integradas | Número de <i>web</i> seminários semestrais realizados para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF da Bahia; | 2 <i>web</i> seminários estaduais realizados no ano para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF da Bahia = 2 | Existência de <i>web</i> seminários estaduais para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF | Lista de presença virtual ou certificado ou documento final elaborado no <i>web</i> seminário |
| | | 1 <i>web</i> seminário estadual realizado no ano para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF da Bahia = 1 | | |
| | | zero <i>web</i> seminário estadual realizado no ano para compartilhamento das experiências de integração da VEDI e ESF da Bahia = 0 (zero) | | |
| Acompanhamento do Plano aplicativo de recursos financeiros em conformidade com os indicadores e metas | Execução do Plano aplicativo de recursos financeiros em conformidade com os indicadores e metas da integração dos serviços da VEDI e ESF no Estado da Bahia | Plano aplicativo de recursos financeiros executado em conformidade com os indicadores e metas estaduais da integração dos serviços da VEDI e ESF= 1 | Existência de plano aplicativo dos recursos financeiros constando indicadores e metas estaduais da integração dos serviços da VEDI e ESF | Plano aplicativo de recursos financeiros |
| | | Plano aplicativo de recursos financeiros não executado em conformidade com os indicadores e metas estaduais da integração dos serviços da VEDI e ESF= 0 (zero) | | |

Quadro 7.5 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão resultado; subdimensão Resultado.

| Critérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|--|--|--|--|--|
| Profissionais de saúde referência na integração da VEDI e ESF no nível Estadual e/ou municipal | Percentual de municípios no Estado da Bahia contemplados com Comissão/Grupo Técnico (GT) municipal de Integração da VEDI e ESF; | 70 a 100% de municípios no Estado da Bahia contemplados com Comissão/Grupo Técnico (GT) municipal de Integração da VEDI e ESF = 2 | Existência de municípios que tenham Comissão/Grupo Técnico (GT) municipal de Integração da VEDI e ESF | Portaria Municipal publicada | Quantos municípios da Bahia contemplados com Comissão/Grupo Técnico (GT) municipal de Integração da VEDI e ESF? |
| | | 40 a 69% de municípios no Estado da Bahia contemplados com Comissão/Grupo Técnico (GT) municipal de Integração da VEDI e ESF = 1 | | | |
| | | menos de 40% e mais de 20% de municípios no Estado da Bahia contemplados com Comissão/Grupo Técnico (GT) municipal de Integração da VEDI e ESF = 0,5 | | | |
| Percentual de Núcleo Regional de Saúde (NRS) da Bahia contemplados com profissional na função de apoio institucional estadual de integração da VEDI e ESF; | Percentual de Núcleo Regional de Saúde (NRS) da Bahia contemplados com profissional na função de apoio institucional estadual de integração da VEDI e ESF; | 4 a 6 NRS no Estado da Bahia contemplados com profissional na função de apoio institucional estadual de integração da VEDI e ESF = 2 | Existência de NRS que tenham profissional na função de Apoio Institucional (AI) Estadual de Integração da VEDI e ESF | Relação nominal dos AI de cada Núcleo Regional de Saúde(NRS) | Quantos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) da Bahia contemplados com profissional na função de apoio institucional estadual de integração da VEDI e ESF? |
| | | 2 a 3 NRS no Estado da Bahia contemplados com profissional na função de apoio institucional estadual de integração da VEDI e ESF = 1 | | | |
| | | 1 NRS no Estado da Bahia contemplado com profissional na função de apoio institucional estadual de integração da VEDI e ESF = 0,5 | | | |
| Nº de Comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF criada e em atuação no Estado da Bahia; | Nº de Comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF criada e em atuação no Estado da Bahia; | 1 comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF em atuação = 2 | Existência de comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF em atuação | Ata/memória das reuniões realizadas pela Comissão Estadual | Quantas comissões/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF em atuação há no Estado da Bahia no Estado da Bahia? |
| | | zero comissão/GT Estadual de Integração da VEDI e ESF em atuação = 0 (zero) | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|
| Disponibilização virtual atualizada dos resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF | Páginas <i>web</i> da SUVISA/SESAB e da DAB/SESAB com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados em tempo hábil; | Páginas <i>web</i> da SUVISA/SESAB e da DAB/SESAB com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados em tempo hábil = 1 Páginas <i>web</i> da SUVISA/SESAB OU da DAB/SESAB com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados em tempo hábil = 0,5 zero página <i>web</i> da SUVISA/SESAB OU da DAB/SESAB com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados em tempo hábil = 0 (zero) | Existência de páginas <i>web</i> com os resultados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF | <i>Print</i> ou impressão da página <i>web</i> constando a data do dia | Resultados atualizados dos indicadores de integração entre a VEDI e a ESF disponibilizados nas páginas <i>web</i> da SUVISA/SESAB e da DAB/SESAB ? |
| Resultados das ações da integração apresentados em congressos e em espaços colegiados | Nº de congressos que os profissionais de saúde da Bahia participaram apresentando os resultados das ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia; | congresso (s) com as ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia apresentadas = 1 nenhum congresso no ano com as ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia apresentadas = 0 (zero) | Existência de resultados das ações de integração entre a VEDI e a ESF da Bahia apresentados pelos profissionais de saúde da Bahia em congressos | Certificado da apresentação ou algum documento que comprove a apresentação realizada | Os resultados das ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia foram apresentados em congresso(s) e/ou em espaços colegiados, no ano, por algum profissional de saúde/gestor da Bahia? |
| | Nº de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que os gestores da Bahia participaram apresentando os resultados das ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia; | reunião da CIB com as ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia apresentadas = 1 nenhuma reunião da CIB no ano com as ações de integração entre VEDI e a ESF da Bahia apresentadas = 0 (zero) | Existência de ações de integração entre VEDI e a ESF apresentadas na reunião da CIB | Ata/memória das reuniões realizadas | |
| Aumento da Cobertura Vacinal dos | Nº de vacinas, preconizadas para os menores de 01 ano de idade, | 4 a 6 vacinas, dentre as administradas para os menores de 01 ano de idade, com a | Existência do aumento da CV | Sistema de Informação | Quantas vacinas, dentre as administradas para |

| | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------|--|
| menores de 01 ano de idade | que tiveram a cobertura vacinal estadual aumentada no ano; | cobertura vacinal (CV) aumentada no ano = 2 | nos menores de 01 ano de idade | | os menores de 01 ano de idade, tiveram a cobertura vacinal (CV) estadual aumentada no ano? |
| | | 2 a 3 vacinas, dentre as administradas para os menores de 01 ano de idade, com a cobertura vacinal (CV) aumentada no ano = 1 | | | |
| | | 1 vacina, dentre as administradas para os menores de 01 ano de idade, com a cobertura vacinal (CV) aumentada no ano = 0,5 | | | |
| Homogeneidade das coberturas vacinais dos menores de 01 ano de idade | Percentual de municípios no Estado da Bahia com coberturas vacinais satisfatórias; | 70 a 100% de municípios no Estado da Bahia com coberturas vacinais satisfatórias (igual ou superior a 80%) = 2 | Existência de municípios com CV satisfatórias (igual ou superior a 80%) | Sistema de Informação | Quantos municípios da Bahia apresentaram coberturas vacinais igual ou superior a 80%? |
| | | 40 a 69% de municípios no Estado da Bahia com coberturas vacinais satisfatórias (igual ou superior a 80%) = 1 | | | |
| | | menos de 40% e mais de 20% de municípios no Estado da Bahia contemplados com equipe mínima de integração da VEDI e a ESF em atuação = 0,5 | | | |

Quadro 7.6 Matriz de Análise e Julgamento da Integração da VEDI e da ESF na AB da Bahia (nível estadual): dimensão resultado; subdimensão Objetivos.

| Crítérios | Indicadores | Pontuação | Parâmetro | Fonte | Pergunta Avaliativa |
|--|---|--|---|--|---|
| Informações sobre a integração nos Relatórios Técnicos e de Gestão | Nº de relatórios estaduais técnicos e de Gestão contendo informações sobre a integração entre a VEDI e a ESF; | Relatórios estaduais técnicos e de Gestão produzidos contendo informações sobre a integração entre a VEDI e ESF= 1 | Existência de informações sobre a integração entre a VEDI e ESF nos relatórios estaduais técnicos e de gestão | Questionário e Relatórios Técnicos e de Gestão | Os relatórios técnicos e de Gestão produzidos contêm informações sobre a integração entre a VEDI e ESF? |
| | | Relatórios estaduais técnicos e de Gestão produzidos não tendo informações sobre a integração entre a VEDI e ESF= 0 (zero) | | | |
| Contribuir para a redução de incidência de casos confirmados das doenças imunopreveníveis nos menores de 01 ano de idade | Nº de doenças imunopreveníveis que tiveram a redução da incidência estadual em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior; | Redução da incidência estadual de casos confirmados da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 1 | Existência de redução da incidência estadual de casos confirmados das doenças imunopreveníveis | Instrumento de gestão e Sistema de Informação | Quantas doenças imunopreveníveis tiveram a redução da incidência estadual em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior? |
| | | Estabilidade/Aumento da incidência estadual de casos confirmados da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 0 (zero) | | | |
| Contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil nos menores de 01 ano de idade por doenças imunopreveníveis | Nº de doenças imunopreveníveis que tiveram a redução estadual da taxa de mortalidade em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior; | Redução estadual da mortalidade da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 1 | Existência de redução estadual da mortalidade das doenças imunopreveníveis | Questionário e Sistema de Informação | Quantas doenças imunopreveníveis tiveram a redução estadual da taxa de mortalidade em menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior? |
| | | Estabilidade/aumento estadual da mortalidade da(s) doença(s) imunoprevenível nos menores de 01 ano de idade em comparação ao ano anterior = 0 | | | |

5.5 Possíveis focos de avaliações

Foi referida pelos *stakeholders* a necessidade de incorporar uma abordagem com foco nos fatores políticos e técnicos relacionados ao planejamento integrado:

“Identificar espaços para o planejamento integrado e participativo, assegurando a negociação das demandas que possam consolidar a integração das práticas; estrutura organizacional de todas as esferas de Governo de forma a não valorizar a fragmentação das práticas; identificar práticas de avaliação e de monitoramento das ações pactuadas que reflitam a realidade dos municípios em todos os níveis.” (S1)

“Planejamento Integrado. Não vamos ter avanços na integração enquanto não avançarmos no planejamento integrado, monitoramento e avaliação.” (S12)

Outro ponto sinalizado foi a incorporação da dimensão e diversidade da Bahia, visto que se trata de um Estado com diversos cenários municipais de integração entre VEDI e ESF, no intuito de serem avaliados os distintos contextos para identificar tais diferenças.

Sugeriu-se também a necessidade de aprofundamento referente aos sistemas de informação para as avaliações do grau de integração entre a VEDI e ESF:

“Em relação aos sistemas de informação, os dados da Atenção Básica são a matéria-prima para as análises e ações de vigilância epidemiológica. A Imunização está diretamente relacionada com VEDI e APS, não podendo ser desvinculada das referidas áreas. Será que os sistemas de informação são alimentados e as ações de imunização são realizadas pelas ESF como práticas integradas da VEDI e APS no território?” (S4)

Além disso, recomendou-se a inserção nas avaliações do grau de integração entre a VEDI e a ESF das políticas de saúde, organização das secretarias e política de educação permanente em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo consistiu na consecução da primeira etapa de um EA da integração entre a VEDI e a ESF na AB na Bahia, com identificação de práticas desenvolvidas no âmbito institucional, dos principais aspectos facilitadores e dificultadores, das propostas dos *stakeholders* para a efetiva integração visando identificar os elementos constitutivos da intervenção, além dos possíveis focos das avaliações.

A pesquisa contribuiu com a elaboração de duas ferramentas de MAJ que podem ser utilizadas para as avaliações do grau dessa integração tanto no âmbito estadual quanto no municipal, visto que há indicadores de mensuração que serão calculados por dados municipais e o coletivo desses resultarão no dado estadual. A MAJ elaborada com base no ML da integração apresentou 27 critérios, dos quais seis estão vinculados à dimensão estrutura, 13 à dimensão processo e oito à dimensão resultado.

Ao evidenciar a pertinência entre estrutura, processos e resultados do modelo, entende-se que, na prática, essa articulação é potencializada pela mobilização interna (gestores e técnicos estaduais e municipais) e externa (conselheiros de saúde) indispensáveis ao alcance da finalidade da integração entre a VEDI e a ESF que é contribuir para a redução de incidência de casos confirmados das doenças imunopreveníveis e da taxa de mortalidade infantil por doenças imunopreveníveis nos menores de um ano de idade.

O ML elaborado buscou proporcionar clareza acerca da integração, demonstrando a percepção dos *stakeholders* sobre a intervenção para enfrentamento do problema em questão, da estrutura necessária, dos objetivos e dos resultados esperados dessa integração, além das ações necessárias para alcançá-los. O desenho do ML trata da análise da coerência de uma intervenção para o alcance dos seus objetivos, sendo considerada como premissa da pré-avaliação.

Como facilidades para a integração entre a VEDI e a ESF foram considerados o envolvimento integrado das esferas de governo e dos espaços de gestão; a inclusão da temática dessa integração na pauta das reuniões institucionais da CIR, CIB e CIT e do Controle Social; a atuação em território definido, com a presença do profissional ACS residente nesse território; além da composição multidisciplinar da equipe e da cobertura da ESF no Estado da Bahia. Outro aspecto enfatizado foi o conhecimento sobre imunização e VEDI já existente entre os trabalhadores de saúde, como também a confiança da população na imunização pelo SUS.

Quanto às dificuldades, foram registradas a precarização dos vínculos trabalhistas associada às gestões políticas-partidárias; ausência de uma política de recursos humanos para a saúde que vincule os profissionais de saúde no território a fim de evitar também grande rotatividade nos municípios e

inúmeros recomeços para as equipes e comunidades; sobrecarga de trabalho. Ademais, pontuou-se também como dificuldade dessa integração a localização dos setores de imunização e AB na estrutura predial da SESAB, contribuindo para agendas desintegradas e a desvalorização de ações integradas por parte da gestão.

Concernente às propostas dos *stakeholders* para a efetiva integração entre a VEDI e a ESF, ressaltam-se a necessidade de reorganização do processo de trabalho vigente com definição de modelo de atenção e de políticas de integração e de institucionalização da prática integrada de monitoramento e de avaliação para a consolidação de processo de trabalho integrado entre a VEDI e a ESF no território.

Tais propostas contemplam também o planejamento integrado e participativo com utilização dos instrumentos de gestão e atividades integradas de EPS, além da elaboração da Política de Recursos Humanos associada à formação ensino-serviço e estímulo a participação qualificada da comunidade na co-gestão do SUS.

É fundamental, portanto, o comprometimento dos gestores e o investimento contínuo nos trabalhadores de saúde, nos responsáveis técnicos estadual e municipais pela imunização, VEDI e a AB, ou seja, nos profissionais que produzem e gerenciam as informações a fim de que, cada vez mais, elas sejam utilizadas rotineiramente, divulgadas atualizadas e alinhadas ao planejamento e à tomada de decisões, no intuito de qualificar a integração entre a VEDI e a ESF.

Salienta-se a necessidade de validação do ML e das duas ferramentas de MAJ propostas com a utilização de técnicas de consenso com especialistas e os *stakeholders* no processo para as avaliações do grau dessa integração.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, Isabella et al. Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-108.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.4 Rio de Janeiro July 2010.

ARROYO, Luiz Henrique, et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00015619, Jan. 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1042/areas-com-queda-da-cobertura-vacinal-para-bcg-poliomielite-e-triplice-viral-no-brasil-2006-2016-mapas-da-heterogeneidade-regional>. Acesso em 22 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015619>.

ASSIS, Marluce Maria Araújo e organizadores. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em cenários. Salvador: EDUFBA, p. 182. 2010.

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque. A vigilância epidemiológica na perspectiva do Programa Saúde da Família – PSF: avaliando o processo de implantação das ações / Dissertação (mestrado em saúde pública) — Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, p. 178. 2006.

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, Apr. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400014>

BAHIA, SESAB. Relatório Anual de Gestão. 2009.

BAHIA, SESAB, SUVISA, DIVEP. Boletim Epidemiológico de Coqueluche, Tétano e Difteria na Bahia. Edição n 03; 2019.

BARATA, Rita Barradas; PEREIRA, Susan M.. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 266-277, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200266&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200004>.

BASTOS ML, *et.al.*, The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. (2017) PLoS ONE 12(8): e0182336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer /

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PROGRAB: Programação de Gestão por Resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. Diretrizes Para A Integração Entre a APS e Vigilância em Saúde. Mimeo, Brasília. 2009c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL, MS. e-Gestor – Cobertura da Atenção Básica – MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.
<http://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
acessado dia 05 març 2019.

BRASIL, M.S. Nota técnica – Relatório de Cobertura da Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL, MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, M.S. Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a.

BRASIL, M.S. Nota Informativa nº 78-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa acerca da situação da distribuição de imunobiológicos na rotina do mês de setembro/2017b.

BRASIL, M.S. Nota Informativa nº 134-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa acerca da situação da distribuição de imunobiológicos na rotina do mês de janeiro/2018c.

BRASIL, M.S. Nota Informativa nº 24-SEI/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa acerca da situação da distribuição de imunobiológicos na rotina do mês de fevereiro/2018a.

BRASIL, M.S. Nota Informativa nº 58-SEI/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa acerca da situação da distribuição de imunobiológicos na rotina do mês de abril/2018b.

BRASIL, M.S. Nota Informativa nº 152-SEI/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa acerca da situação da distribuição de imunobiológicos na rotina do mês de julho/2018c.

BRASIL, M.S. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL, M.S. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018e.

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica. Relatório de cobertura da Atenção Básica. 2020a.

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica. 2020b.

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque. A vigilância epidemiológica na perspectiva do Programa Saúde da Família – PSF: avaliando o processo de implantação das ações / Dissertação (mestrado em saúde pública) — Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, p. 178. 2006.

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque *et al.* A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, Apr. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400014>

BOLETIM INFORMATIVO PAI. Ano XVI, nº 4. Sep 29 1994.

BROUSSELLE, A. *et al.* Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 569-584. 2003.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de *et al.* Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 211-222, Jan. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100211&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2020. Epub Dec 20, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>.

CARVALHO, D.M. e WERNECK, G.L. Vigilância Epidemiológica: história, conceitos básicos e perspectivas. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). Textos de Apoio em Vigilância Epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

CHAMPAGNE F, BROUSSELLE A, CONTANDRIOPOULOS A, HARTZ Z. Modelizar as intervenções. In: CHAMPAGNE F, BROUSSELLE A, CONTANDRIOPOULOS A, HARTZ Z. editores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Organizadores. Avaliação em saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013a. p. 41-60

_____. Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Organizadores. Avaliação em saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013b. p. 61-74.

COUTTOLENC, B.F.; Zucchi, P.. Gestão de Recursos Financeiros, volume 10 / Bernard François Couttolenc, Paola Zucchi. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – – (Série Saúde & Cidadania)

CRUZ, A. Revista Consensos. Nº 25, 2017.

CRUZ, Marly Marques da (Org). Manual da Oficina de capacitação em monitoramento e avaliação em saúde: manual do monitor. / organizado por Marly Marques da e Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveir. – Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, 2013.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DOMINGUEZ, C. Queda das coberturas vacinais no Brasil. Saúde Foco, 2017.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. História da avaliação. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação em saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 19-39.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 9, n. 16, p. 121 - 130, 19 jun. 2013.

FERREIRA, R.C. *et. al.*, Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1421-1428, 2009.

FERREIRA SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(Supl 1):704-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella et al. Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-14.

GIOVANIA, M.S.P.; VIEIRA, C.M.. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez., 2013.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

HATISUKA, M.F.B, Moreira, R.C, Cabrera, M.A.S.. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2020/Ago). [Citado em 27/12/2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/relacao-entre-a-avaliacao-de-desempenho-da-atencao-basica-e-a-mortalidade-infantil-no-brasil/17726?id=17726>

KOEHLER, M.C. e SANTOS, E.P. O calendário de vacinação brasileiro e as estratégias para imunização da população. In: SILVA, M.N. org. Rede de Frio: gestão, especificidades e atividades. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD/ENSP/EPSJV/Editora FIOCRUZ, 2017. P. 47-77

LEVITON, L.C. *et al.* Teaching Evaluation Using Evaluability Assessment. Evaluation Copyright G 1998 SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi) [1356–3890 (199810) 4:4; 389–409; 006752] Vol 4(4): 389–40

LINO, M. *et. al.* Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Cogitare Enferm. 2012 Jan/Mar; 17(1):57-64.

LOCH-NECKEL, Gecioni *et al.*. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, Oct. 2009.

MARTINS, C.; KOBAYASHI RM, AYOUB AC, LEITE MMJ. **Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 472-8.

MEDINA, M.G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: Edufba, 2010. p. 41-63

MEDREIROS, K.J. *et al.* O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 10(2); 433-440, 2005.

NATAL, S *et al.* Estudo de Avaliabilidade da Rede de Formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 560-571, 2010.

NEVES, R.G. *et al.* Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(3):e2017170, 2018.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 30-42, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100030&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040174>.

OLIVEIRA T. C. de. Implementação das ações de Vigilância Epidemiológica em nível regional. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 79-8, 1989.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: Edufba, 2014. p. 9-10.

PATTON, M. Q. Qualitative Research & Evaluation Methods. Thousands Oaks London New Delhi, SAGE Publications., 2002.

Programa Nacional de Imunizações, acesso no Tabnet/Datasus (2008 a 2017);

POZ, MRD., PERANTONI, CR., and GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 187-233. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Programa Nacional de Imunizações, acesso no Tabnet/Datasus (2008 a 2017);

REIS, M.A.S. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.23, p.655-66, set/dez 2007.

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

SANTANA, K.C. *et al.* O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, Jul-Set, 2016.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva; MELO, Cristina Maria Meira de. Aspectos Metodológicos na utilização da análise de implantação na pesquisa avaliativa. In: MELO, Cristina Maria Meira de; FAGUNDES, Norma Carapiá; SANTOS, Tatiane Araújo dos, organizadoras. Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 127-153

SATO, APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? Rev Saude Publica. 2018;52:96.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, Aug. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>.

SILVA, Brener Santos *et al.* Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 615-624, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700615&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0601>.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 5-39.

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização, 2018.

SOUZA, H. M. Treinamento Introdutório. *Cadernos de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, (Caderno 2)*. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

SOUZA, et al. SANARE, Sobral - V.16 n.02, p.85-92, Jul./Dez. - 2017 - 85

STEVANIM, L. F. E agora, Zé? *Revista RADIS*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ. Jan/2020. Acessado em 22.11.2020 <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/e-agora-ze>.

TEXEIRA, C.F. (organizadora). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, C.F. *et al.* Planejamento Municipal no Sus: o caso da Secretaria Municipal de Saúde-Salvador. In: TEXEIRA, C.F. *et al.* *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências / Carmen Fontes Teixeira (organizadora)*. - Salvador: EDUFBA, 2010a.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Canadian Journal of Program Evaluation*, Toronto, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

TONELLI, Bárbara Quadros; *et al.*. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, 22 out. 2018.

TREVISAN, Michael S. & HUANG, Yi Min (2003). Evaluability assessment: a primer. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8(20). Retrieved June 12, 2007 from <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=20>. This paper has been viewed 13,981 times since 10/2/2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. *Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: Edufba, 2010. p. 15-39

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

WERMELINGER, M., *et. al.* A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização Revista Divulgação em Saúde para Debate, No.45 maio 2010, Rio de Janeiro, pp54-70.

APÊNDICE A: Roteiro do Questionário Autoaplicável

ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL

Integração entre a Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis e a Estratégia Saúde da Família na Bahia

Este questionário autoaplicável tem por objetivo coletar dados para subsidiar a pesquisa ‘Integração entre a Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VEDI) e a Estratégia Saúde da Família na Bahia (ESF)’.

O estudo faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Área de concentração em Avaliação de Tecnologias de Saúde - da mestranda Larissa Soares da Silva, que tem como orientador o professor Doutor Juarez Pereira Dias.

Sua participação é extremamente importante para o desenvolvimento dessa pesquisa, a qual pretende conhecer o processo de trabalho acerca da integração da VEDI e ESF da APS, permitindo assim revelar as facilidades e dificuldades de tal processo. Assim, será possível propor o modelo lógico e a matriz de análise e julgamento dessa integração na Bahia.

Informamos que esta pesquisa está pautada nos preceitos éticos, em que sua participação será absolutamente sigilosa, não contendo seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo na dissertação ou em qualquer publicação posterior. Devido à natureza da pesquisa, a sua participação não acarretará em quaisquer custos para sua pessoa. Como forma exclusiva de registro das informações, sendo assegurado sigilo da identificação das respostas.

Qualquer dúvida poderá entrar em contato pelos telefones e e-mail informados. Desde já agradecemos sua participação, ao mesmo tempo em que reforçamos a importância desta pesquisa para a construção do conhecimento sobre o assunto.

Perfil do Entrevistado

Idade (em anos): _____

Sexo: () Fem () Masc

Formação: _____

Formação Pós-graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Área: _____

Vínculo Empregatício:

() Concurso Público () Contratado/Celetista () Prestador de Serviço

Função desempenhada no serviço: _____

Tempo no exercício da função/ Há quantos anos você trabalha aqui: _____

Perguntas

- 1) A integração da vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis e da estratégia saúde da família ocorre efetivamente na prática? Como se dar na prática?
- 2) Você identifica algum problema que esteja interferindo para prática efetiva da integração?
 - 2.1) Se sim. Qual(is) o(s) problema(s) e suas causas?
 - 2.2) Quais as principais consequências desse(s) problema(s)?
 - 2.3) Qual(is) é/são a(s) proposta(s) que você sugere para a resolução do(s) problema(s)?
- 3) Quais fatores facilitadores e dificultadores que podem influenciar no alcance da efetivação da integração entre a VEDI e a ESF?
- 4) Como você vê a sua contribuição na operacionalização da integração?
- 5) Quais são as suas principais recomendações para a melhoria da integração da VEDI e ESF?
- 6) Em sua opinião, quais fatores que não foram abordados poderiam ser inseridos em futuras avaliações da integração entre a VEDI e a ESF na APS?
- 7) Identifica alguma situação que valeria alguma observação que não tenha sido dialogado na entrevista?

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Integração entre a Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis e a Estratégia Saúde da Família na Bahia”, a qual objetiva construir o modelo lógico e a matriz de análise e julgamento da integração entre a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis (VEDI) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito municipal do Estado da Bahia, buscando contribuir para compreender os facilitadores e as dificuldades (barreiras) envolvidos no processo.

O estudo faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – área de concentração Avaliação de Tecnologia em Saúde - da mestrandia Larissa Soares da Silva, que tem como orientador o professor Doutor Juarez Pereira Dias. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e aprovado em 22/04/2020 por meio do Parecer nº 3.984.610.

O convite a sua participação se deve ao papel que desempenha no processo de trabalho de VEDI e/ou na imunização e/ou APS no Sistema Único de Saúde/SUS.

O sigilo absoluto de sua identidade será garantido e em nenhum momento você será identificado (a). As informações que você nos fornecer através da entrevista, que em decorrência do momento atual de pandemia pelo COVID-19 foi necessário a mudança de estratégia de gravada para o preenchimento de questionário autoaplicável que será enviado por via eletrônica, serão totalmente confidenciais e para os objetivos da pesquisa, sendo o material categorizado e armazenado, em arquivos digitais, em local seguro onde somente terão acesso a pesquisadora e o orientador.

Sua informação não será utilizada para avaliações individuais ou de pessoas. Entretanto, considerando a especificidade do cargo, existe um risco de identificação, assim, solicitamos autorização para citação apenas do seu cargo e omissão do seu nome, caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação.

Os resultados da pesquisa serão publicados – dissertação, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas e ainda assim, a sua identidade será preservada. Ao final da pesquisa, todo o material será armazenado em sigilo em posse da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos, e, findo esse prazo, serão incinerados e os arquivos eletrônicos deletados do computador.

Você não terá nenhum gasto e/ou ganho financeiro por participar da pesquisa e no caso de eventualmente você ter algum custo ou prejuízo financeiro relacionados à sua participação neste projeto de pesquisa, esses serão ressarcidos ou indenizados pela pesquisadora responsável. Os riscos de participação consistem em possíveis danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. O participante pode decidir por não participar ou abandonar a participação na pesquisa, sem que isso acarrete nenhum

dano para si. Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovados, decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Neste estudo, a possibilidade de risco refere-se a qualquer constrangimento ou desconforto ao responder as perguntas. Dessa maneira, convém informar que você não precisa emitir juízo de valor para os itens que o faça se sentir incomodado(a). Não há previsão de benefícios diretos aos colaboradores da pesquisa.

Os benefícios e vantagens produzidos indiretamente pelo desenvolvimento do estudo estão direcionados à operacionalização da integração da VEDI e ESF no âmbito municipal do Estado da Bahia e proposição de estratégias que contribuam para essa integração.

Com as perguntas respondidas, será construído um Banco de dados no Programa Excel® for Windows versão 2013, que após conclusão da digitação será destruído por picotagem. As informações contidas no Banco de dados serão utilizadas para as análises e arquivadas em computador pessoal da pesquisadora responsável durante cinco anos, quando então serão deletados.

Você é livre para recusar sua participação na pesquisa ou poderá desistir de participar da mesma em qualquer momento, sem necessidade de explicar a sua desistência, bem como poderá pedir informações sobre a pesquisa se assim julgar necessário. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino. Sendo assim, se você concordar em participar do referido estudo, solicitamos que digite um X no espaço referente ao aceite de participação na pesquisa e envie ao e-mail da pesquisadora (larysoares@hotmail.com). Qualquer dúvida ou esclarecimento necessário a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Larissa Soares da Silva, por telefone (71)99295-5010, e-mail (larysoares@hotmail.com) ou Juarez Pereira Dias, por telefone (71)99984-2345, e-mail (juarez.dias@ufba.br) e por correspondência endereçada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Avaliação de Tecnologias em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, localizado na Rua Basílio da Gama, 316 - Canela, Salvador - BA, 40110-040, Salvador, Bahia. Telefone (71) 3283-7409, e-mail: ppgscmp@ufba.br. Em caso de dúvidas relacionados aos aspectos éticos da pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da referida Universidade poderá ser contatado no mesmo endereço ou por meio do telefone (71)3283-7419 ou do e-mail: cepisc@ufba.br.

_____/_____/2020

Aceito participar da pesquisa: () SIM