

Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco

I¹ Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, ² Eduarda Ângela Pessoa Cesse,

³ Isabella Chagas Samico, ⁴ Eduardo Maia Freese de Carvalho I

Resumo: Este trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco no ano de 2012. Realizou-se pesquisa avaliativa com base no modelo multidimensional de avaliação global e integral do desempenho dos sistemas de saúde - EGIPSS. Foi elaborado o modelo lógico da vigilância em saúde estadual, adaptado o modelo multidimensional de avaliação e concebida a matriz de análise e julgamento.

Utilizaram-se dados primários, coletados por meio de entrevistas com informantes-chave, e secundários, dos sistemas de informação da vigilância em saúde e de documentos oficiais. O desempenho estadual da vigilância em saúde em Pernambuco mostrou-se satisfatório (64,0%). A função “manutenção de valores” apresentou escore excelente (85,0%), seguida das funções “adaptação” (70,0%) e “produção” (60,0%), ambas com desempenho satisfatório. A função “alcance das metas” apresentou escore insatisfatório (41,0%) devido, em parte, ao conjunto de fragilidades encontradas nas demais funções. A avaliação do desempenho da vigilância em saúde estadual, utilizando o modelo integral, mostrou ser uma estratégia apropriada para identificação das fortalezas e fragilidades em diversas dimensões do desempenho, proporcionando os meios para melhor compreendê-lo e instituir estratégias de melhoria.

► **Palavras-chave:** vigilância; vigilância em saúde pública; avaliação em saúde; avaliação de desempenho; desempenho de programas, serviços e sistemas de saúde.

¹ Núcleo de Ciências da Vida, Universidade Federal de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Endereço eletrônico: julimartins.costa@gmail.com

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz-NESC. Recife-PE, Brasil. Endereço eletrônico: educesse@uol.com.br

³ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife-PE, Brasil. Endereço eletrônico: isabella@imip.org

⁴ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz-NESC. Recife-PE, Brasil. Endereço eletrônico: freese@cpqam.fiocruz.br

Recebido em: 27/01/2015
Aprovado em: 22/05/2015

Introdução

A vigilância em saúde (VS) possui uma diversidade conceitual com uma variedade de experiências instituídas pelos países ao redor do mundo (REINOSO; MARIE; MILORDI, 2009). Estas denotam práticas abrangentes e distintas que englobam a produção e disseminação da informação, o desenvolvimento de atividades de controle de riscos e danos e a organização das ações e serviços de saúde (WALDMAN, 2014; SILVA; TEIXEIRA; COSTA, 2014).

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde tem por objetivo analisar a situação de saúde da população e articular-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde. O núcleo de suas atividades envolve a produção de informações e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos. Essas atividades são compartilhadas entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (FARIA; BERTOLOZI, 2009; ARREAZA; MORAES, 2010).

As mudanças organizacionais ocorridas nas últimas décadas no sistema de saúde brasileiro, principalmente as desencadeadas com o processo de descentralização e, mais recentemente, com a adoção do modelo de gestão por resultados (BASSIT; BLUMM; MARTINS, 2009), suscitaram modificações profundas na área de VS. O reposicionamento de cada uma das esferas de gestão do SUS e a preocupação crescente com os resultados e a qualidade dos serviços prestados (PINTO JÚNIOR; CERBITO NETO, 2011) trouxeram a necessidade do delineamento de estratégias que contribuam com a melhoria do desempenho e responderam às necessidades institucionais.

Nesse contexto, diversos autores (CHAMPAGNE et al., 2011; LARHEY; NIELSEN, 2013; MARCHAL et al., 2014) apontam a avaliação de desempenho como uma estratégia indutora de mudanças capaz de promover uma maior responsabilização, transparência e melhoria contínua da qualidade. Nessa perspectiva, a avaliação de desempenho vem a contribuir com a governança, para além da disponibilização de informações confiáveis sobre os resultados das políticas públicas (UUSIKYKÄ, 2013).

Contudo, o desempenho é uma questão difícil de medir devido ao seu caráter contingente – que se modifica segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde – e paradoxal, que reflete a natureza divergente dos problemas de saúde que exigem, muitas vezes, medidas opostas ou contraditórias para sua solução

(SICOTTE et al., 1998; CHAMPAGNE et al., 2011). Além disso, a pluralidade conceitual e metodológica e a diversidade de modelos avaliativos, sem que haja consenso sobre o melhor modelo para avaliá-lo, trazem desafios adicionais no planejamento e execução de avaliações de desempenho (CHAMPAGNE et al., 2011; TCHOUAKET et al., 2012).

Outra questão de grande importância refere-se ao contexto no qual esses modelos foram elaborados: muitos deles contemplam países com realidades distintas da brasileira ou focam organizações que estão fora do setor saúde. Entender o contexto organizacional, o funcionamento da intervenção (serviço, programa, sistema) que será avaliada, bem como os propósitos, objetivos e princípios organizacionais, ajuda a identificar o modelo mais adequado a cada realidade (SICOTTE et al., 1998).

A despeito da diversidade de abordagens, os modelos multidimensionais têm sido cada vez mais utilizados para avaliar o desempenho de organizações no setor saúde, devido ao seu maior potencial explicativo (CHAMPAGNE et al., 2011). Essa tem sido a abordagem utilizada atualmente por vários organismos internacionais, como a Organização para Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde (ICIS), entre outros (SILVA et al., 2011).

No Brasil, o desempenho no setor saúde ainda é tema pouco explorado, e poucos estudos dedicaram-se a avaliar o desempenho da VS. Como exemplo, cita-se o estudo realizado por Silva Júnior (2004), que avaliou o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde por meio de um indicador composto - o Indicador Composto de Avaliação da Vigilância em Saúde (Icaves); o realizado por Battesini (2008), que avaliou o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito municipal; e o realizado por Teixeira et al. (2012), que avaliou o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde à luz do Regulamento Sanitário Internacional.

Esses estudos apresentaram conceitos e abordagens diversas e trouxeram à tona a discussão do desempenho nesse subsistema do SUS. Contudo, refletir sobre o desempenho, identificar um modelo de avaliação com um maior potencial explicativo e adequado à realidade da VS ainda é um desafio. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o desempenho da VS no âmbito estadual, utilizando um modelo multidimensional, com o intuito de contribuir com a discussão do tema e com a gestão da VS estadual.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa avaliativa sobre o desempenho da VS em Pernambuco no ano de 2012. O estado de Pernambuco está dividido em 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Esses municípios estão organizados em 12 Regiões de Saúde, agregadas em quatro macrorregiões que dispõem dos recursos necessários ao desenvolvimento de ações de saúde de forma integral (PERNAMBUCO, 2011). No que concerne à VS, a Secretaria Estadual de Saúde possui uma estrutura central dotada de autonomia técnica e financeira e 12 unidades administrativas distribuídas nas Regiões de Saúde.

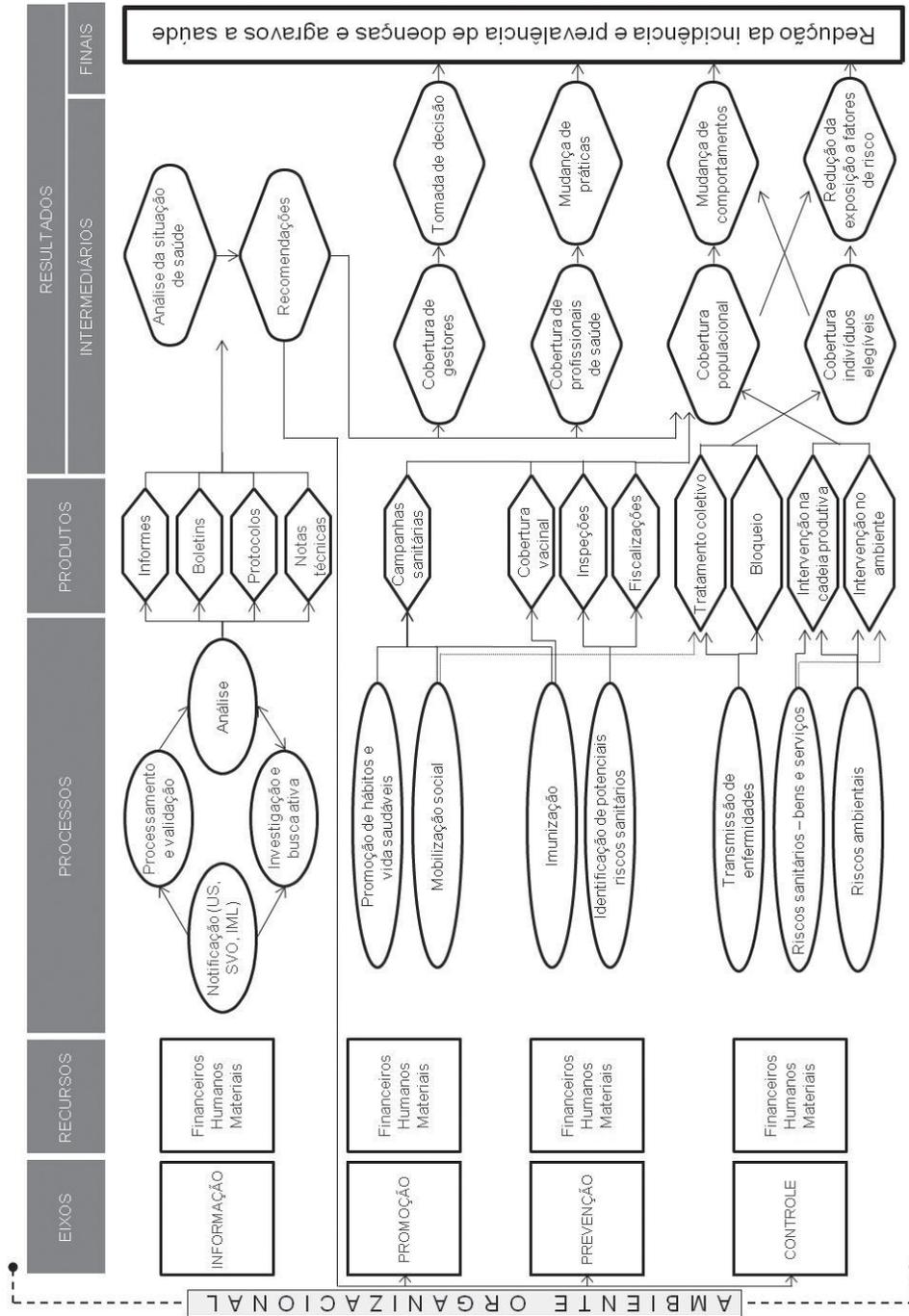
Adotou-se uma perspectiva organizacional, baseada no modelo de avaliação global e integral da *performance* de sistemas de saúde – *Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé* (EGIPSS) (SICOTTE et al., 1998; CHAMPAGNE et al., 2011), por apresentar características que permitem avaliar intervenções complexas, integralmente, com um enfoque multidimensional, caracterizadas enquanto sistemas organizados de ação (PARSONS, 1977; SICOTTE et al., 1998).

O modelo EGIPSS possui quatro funções (adaptação, produção, alcance de metas e manutenção de valores) e seis alinhamentos (estratégico, tático, operacional, contextual, legitimação e alocação), que representam as interações e influências mútuas entre as funções do desempenho. Este é considerado uma construção multidimensional que remete a um julgamento de valor sobre as qualidades essenciais e específicas de cada função, bem como à natureza dinâmica do equilíbrio entre elas (CHAMPAGNE et al., 2011).

Do ponto de vista operacional, o presente estudo foi realizado em cinco etapas: desenho da intervenção (elaboração do modelo lógico), adaptação do modelo de avaliação do desempenho, elaboração da matriz de análise e julgamento, análise normativa e análise relacional.

O desenho da intervenção permite uma maior clareza e entendimento da teoria subjacente da VS estadual. Para tanto, consultou-se a normatização que rege a área (BRASIL, 1990; 2011; 2013) e textos científicos sobre o tema (REINOSO; MARIE; MILORDI, 2009; FARIA; BERTOLOZI, 2009; ARREAZA; MORAES, 2010) para o desenho preliminar. Este foi submetido à apreciação de um grupo de *experts* formado por 12 gestores/acadêmicos que atuam nas áreas de vigilância e/ou avaliação em saúde para análise da completude e plausibilidade. Foram realizadas três rodadas de discussão (duas virtuais e uma presencial), obtendo-se o desenho final da VS estadual (Figura 1).

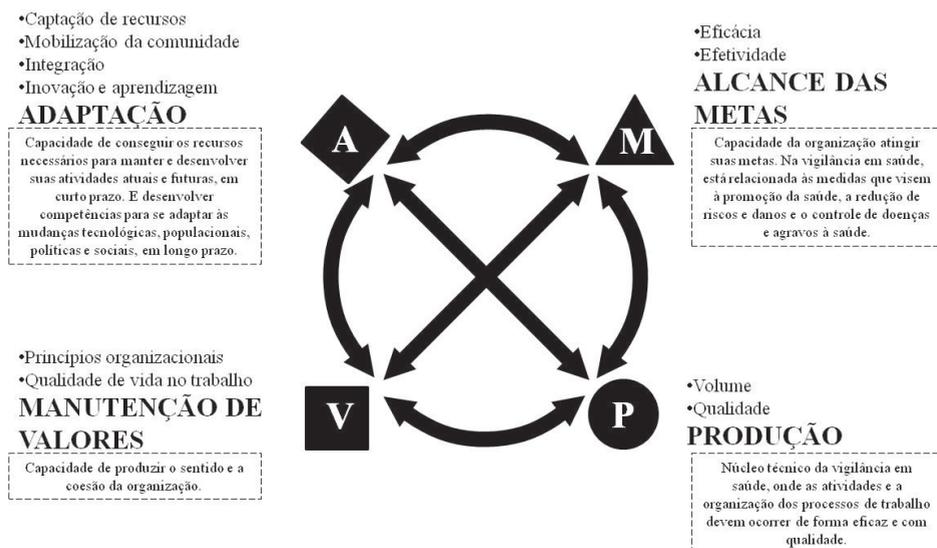
Figura 1. Vigilância em saúde estudal



Fonte: Elaborado pelos autores.

Após o desenho da intervenção, procedeu-se à adaptação do modelo EGIPSS às características e peculiaridades da VS estadual. Os componentes, atividades e resultados explicitados na figura 1 foram agregados nas dimensões/subdimensões do desempenho das quatro funções do EGIPSS, a partir das definições propostas por Sicotte et al. (1998) e Champagne et al. (2011), obtendo-se o modelo integral de avaliação do desempenho da VS estadual (figura 2).

Figura 2. Modelo integral de avaliação do desempenho da vigilância em saúde estadual



Fonte: Adaptado de Sicotte et al. (1998); Champagne et al. (2011).

Com base nesse modelo, elaborou-se a matriz de julgamento do desempenho com indicadores, parâmetros e pontuação máxima ou esperada. A matriz foi submetida à apreciação do grupo de *experts* formado por oito gestores/acadêmicos que atuam na área de avaliação em saúde para análise de sua pertinência e adequação. Os *experts* receberam por meio virtual o material a ser analisado e deram suas contribuições, que foram compiladas pela pesquisadora principal. Seguiu-se, então, outra rodada para novas contribuições. Utilizaram-se indicadores quantitativos e qualitativos, de modo a representar cada dimensão/subdimensão do desempenho, assim distribuídos: 24 (adaptação), 19 (produção), 15 (alcance de metas), 20 (manutenção de valores), totalizando setenta e oito indicadores (tabela 1).

Os parâmetros dos indicadores quantitativos foram normativa ou empiricamente derivados. Os normativos foram extraídos do Plano Estadual de Saúde 2011-2015, Programação Anual de Saúde 2012, Monitoramento do Desempenho da Gestão da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS-PE) (COSTA et al., 2013) e Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde 2011-2015. Os empiricamente derivados foram construídos com base na análise da série histórica dos últimos três anos. Os indicadores qualitativos foram aferidos por meio de uma escala de Likert. Os entrevistados foram convidados a atribuir uma nota que variou de 0-10, na qual zero correspondeu à pior situação e dez, à melhor. O padrão estabelecido foi a nota sete, por meio de opinião dos *experts*.

Para relacionar os resultados encontrados com o preconizado na matriz de julgamento, foi utilizado um sistema de escores. Cada função do desempenho recebeu 25 pontos, distribuídos entre os indicadores que a compõe, denominado pontuação máxima ou esperada. Caso o indicador tenha atingido a meta, recebeu a pontuação máxima, caso tenha atingido de 75 a 99% da meta, recebeu a metade da pontuação; caso tenha atingido < 75% da meta, não recebeu pontuação alguma.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com todos os gerentes do nível central da SEVS-PE e um técnico indicado por cada gerente, totalizando 30 entrevistas. Os informantes foram selecionados devido à grande ênfase que a orientação para resultados no setor público tem dado aos gerentes de programas, considerados atores-chave para a melhoria do desempenho organizacional (LARHEY; NIELSEN, 2013).

Os dados secundários foram coletados dos sistemas de informações sobre Mortalidade (SIM), Nascidos Vivos (Sinasc), de Agravos de Notificação (Sinan), Qualidade da Água para Consumo Humano (SISagua) e Vigilância Sanitária (Sivisa), da SEVS-PE, referente ao ano de 2012 por ser o último ano com banco de dados fechados. Além desses, foram consultados organograma e atas de reuniões do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, denominada normativa, comparou-se o resultado de cada indicador com um padrão ou norma e distribuiu-se a pontuação obtida, conforme a matriz de julgamento. A partir da pontuação obtida de cada indicador, calculou-se o desempenho das funções, dimensões e global da VS estadual por meio do cálculo de uma regra de três

simples: Σ pontuação obtida / Σ pontuação máxima x 100. Para classificação do desempenho, utilizou-se um sistema de escores, no qual o percentual de cumprimento dos padrões foi dividido em quartis. O desempenho foi considerado excelente quando atingiu $\geq 75\%$, satisfatório de 74-50%, insatisfatório de 49-25% e crítico $< 25\%$.

A segunda etapa da análise, denominada relacional ou explicativa, foi realizada por meio de uma relação de arbitragem, a partir da função metas, devido ao fato dessa função representar os resultados finais da VS e sofrer forte influência do acúmulo de problemas identificados nas demais funções. Nessa etapa, procurou-se compreender as causas do não alcance das metas da VS estadual, a partir das inter-relações estabelecidas com as demais funções, bem como o movimento inverso, ou seja, quais modificações serão necessárias nas demais funções para melhorar o desempenho da função alcance das metas (CHAMPANHE et al., 2011; MARCHAL et al., 2014).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz) sob o registro nº 388.481, de 04 de setembro de 2013.

Resultados

Análise Normativa

O desempenho da VS no estado de Pernambuco de acordo com o modelo integral foi considerado satisfatório (64,0%), com destaque para a função manutenção de valores, com um escore excelente (85,0%), seguido das funções adaptação (70,0%) e produção (60,0%), ambas com desempenho satisfatório, e da função alcance das metas (41,0%) que apresentou desempenho insatisfatório (tabela 1).

Na função adaptação, sobressaiu a dimensão inovação e aprendizagem com um escore excelente (77,8%), seguido das dimensões captação de recursos (humanos, financeiros e materiais) (71,9%), mobilização comunitária (66,7%) e integração (65,6%), todas com desempenho satisfatório. O quantitativo de veículos e insumos, bem como as parcerias realizadas com Organizações Não Governamentais (ONGs) e a participação em projetos intersetoriais e em pesquisas, contribuíram positivamente para o desempenho obtido. Por outro lado, a insuficiência de técnicos de nível superior, a inadequação do espaço físico e o pouco uso de espaços formais de debate técnico e político (colegiado

de dirigentes, de áreas técnicas, Comissão Intergestores Bipartite - CIB) foram obstáculos para um melhor desempenho da função adaptação (tabela 1).

Na função produção, destacou-se a dimensão qualidade, com um escore excelente (75,0%). A primazia no processo de produção de informação refletida na elevada cobertura dos sistemas de informação, na definição das causas de óbito e no encerramento oportuno das doenças de notificação compulsória contribuíram com o desempenho alcançado. Por outro lado, a falta de regularidade na análise das inconsistências e duplicidades foram fragilidades encontradas, que podem comprometer a fidedignidade das informações produzidas (tabela 1).

Ainda na função produção, a dimensão volume apresentou um escore insatisfatório (46,2%). O baixo percentual de municípios com o programa de controle do tabagismo implantado, o baixo percentual de análises da qualidade da água para consumo humano realizadas e o baixo percentual de municípios com notificação de violências foram algumas das fragilidades encontradas nessa dimensão. Por outro lado, o percentual de estabelecimentos de interesse para a vigilância sanitária inspecionados e o elevado número de produção e distribuição de boletins epidemiológicos foram destaques nessa dimensão (tabela 1).

Na função alcance das metas, a dimensão eficácia (44,2%) obteve um desempenho melhor do que a efetividade (37,5%), contudo, ambas apresentaram um desempenho insatisfatório. Os resultados do programa de controle da tuberculose e hanseníase, com um percentual elevado de abandono ao tratamento, um baixo percentual de cura e elevado número de casos novos contribuíram para o desempenho insatisfatório encontrado nessa função.

Na função manutenção de valores, a dimensão qualidade de vida no trabalho apresentou o desempenho mais elevado, com um escore excelente (88,3%), segundo a tabela 1. As principais fortalezas encontradas nessa dimensão referiram-se à satisfação dos entrevistados com seu trabalho, com a chefia e com as condições oferecidas pela instituição para desenvolvê-lo. Por outro lado, identificou-se um baixo percentual de funcionários com vínculo público. A maior parte dos entrevistados tinha contratos temporários ou exerciam cargos de confiança.

A outra dimensão estudada na função manutenção de valores, conformidade com os princípios organizacionais, também apresentou escore excelente (80,0%) (tabela 1), demonstrando uma boa concordância entre a percepção e valoração dos entrevistados e os princípios da VS estadual (transparência das ações e gastos, responsabilidade pela saúde da população, qualidade técnica e orientação para resultados).

Tabela 1 - Matriz de Análise e Julgamento do desempenho estadual da vigilância em saúde. Pernambuco, 2012

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
ADAPTAÇÃO	25,0	15,3	61,0%
Captação de recursos	8,0	5,75	71,9%
% de municípios que cumpriram as prerrogativas para repasse financeiro	$\geq 80\% = 2,0$; $60\% - 79\% = 1,0$; $< 60\% = 0,0$	$62\% = 1,0$	50%
Nº de convênios ou portarias com incremento de recursos	$\geq 3 = 2,0$; $2-3 = 1,0$; $< 2 = 0,0$	$4 = 2,0$	100%
Razão entre computadores e técnicos de nível superior por turno	$\geq 1 = 0,5$; $0,7-0,9 = 0,25$; $< 0,7 = 0,0$	$0,65 = 0,0$	0%
Percepção dos entrevistados quanto:			
Suficiência de veículos	$\geq 7 = 0,5$	$8 = 0,5$	100%
Adequação dos insumos	$5-6,9 = 0,25$ $< 5 = 0,0$	$7,8 = 0,5$	100%
Adequação do espaço físico		$6,0 = 0,25$	50%
Suficiência de técnicos de nível superior	$\geq 7 = 1,0$	$6,8 = 0,5$	50%
Suficiência de técnicos de nível médio	$5-6,9 = 0,5$ $< 5 = 0,0$	$7,9 = 1,0$	100%
Mobilização Comunitária	4,5	3,0	66,7%
% de entrevistados que estabeleceram parcerias com ONG/instituições de ensino e pesquisa	$\geq 50\% = 1,5$; $40-49\% = 0,75$; $< 40\% = 0,0$	$73\% = 1,5$	100%
% de reuniões da CIB com temas da VS*	$\geq 60\% = 1,5$ $45\% - 59\% = 0,75$ $< 45\% = 0,0$	$36\% = 0,0$	0,0%
% de reuniões do CES com temas da VS*		$75\% = 1,5$	100%
Integração	8	5,25	65,6%
Organograma atualizado	Sim = 0,5; Não = 0,0	Não = 0	0,0%
Existência de colegiado de dirigentes da VS* funcionando mensalmente	Regular = 0,5; irregular = 0,25; Não Existe = 0,0	Irregular = 0,25	50%
Grau de:			
Acompanhamento das metas do PES e PAS*	$\geq 7 = 1,0$	$7,2 = 1,0$	100%
Monitoramento de planos e ações estratégicas	$5-6,9 = 0,5$ $< 6 = 0,0$	$7,9 = 1,0$	100%

continua...

% de entrevistados que participam de:			
Fóruns de discussão sobre a VS regularmente*	≥80% = 1,0 60-79%=0,5	67% = 0,5	50%
Colegiados de sua área programática	<60%=0,0	37% = 0,0	0,0%
Projetos intersetoriais	≥50% = 1,0; 40-49%=0,5; <40%=0,0	57% = 1,0	100%
Colegiados com representação interfederativa	≥30% = 1,0; 22,5-30%=0,5; <22,5%=0,0	40% = 1,0	100%
Inovação e Aprendizagem	4,5	3,5	77,8%
% de entrevistados que:			
Participaram de estudos e pesquisas	≥50% = 1,5 40%-49%=0,75 <40%=0,0	53% = 1,5	100%
Apresentaram trabalhos em eventos científicos		20% = 0,0	0%
Opinião dos entrevistados quanto:			
Capacidade de inovação da VS*	≥7 = 1,0 5-6,9 = 0,5 <6 = 0,0	8,2 = 1,0	0%
Capacidade de transformação da VS*		7,7 = 1,0	0%
PRODUÇÃO	20,0	15,0	60%
Volume	13,0	6,0	46,2%
% de análises da qualidade da água para consumo humano (coliformes totais)	≥35%=1,0; 25%-34%=0,5; <25%=0,0	20% = 0,0	0%
Razão de gestantes com o VDRL por nascidos vivos*	≥1=1,0; 0,7-0,9=0,25; <0,7=0,0	0,83 = 0,5	50%
% de casos de Hanseníase com incapacidade grau II no momento do diagnóstico	< 5,0%=1,0; 5-9,9%=0,5; ≥10%=0,0	6% = 0,5	50%
% de entrevistados que elaboraram e distribuíram boletins ou similares	≥80% = 2,0; 60%-79%=1,0 <60%=0,0	83% = 2,0	100%

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
% de contatos de casos novos de hanseníase examinados		62% = 0,5	50%
% de indivíduos com TB com o DOTS realizado*	≥80% = 1,0 60-79%=0,5 <60%=0,0	64% = 0,5	50%
% de contatos de casos de TB examinados entre os registrados*		47% = 0,0	0%
Percentual de gestantes com o teste rápido para HIV realizado no momento do parto		85% = 1,0	100%
% de estabelecimentos inspecionados VISA*		80% = 1,0	100%
% de municípios:			
Com o programa de controle do tabagismo	≥60% = 1,0 45%-59%=0,5 <45%=0,0	18% = 0,0	0,0
Com pelo menos 1 notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, ao ano		34% = 0,0	0%
Com pelo menos 1 notificação de intoxicação exógena ao ano		37% = 0,0	0%
Qualidade	12	9,0	75,0%
% de encerramento oportuno de doenças de notificação compulsória	≥80%=2,0; 60%-79%=1,0; <60%=0,0	80,5% = 2,0	100%
% de causa de óbito definida	≥95% = 2,0	95% = 2,0	100%
Cobertura do SINASC*	70%-94%=1,0 <70%=0,0	94,7% = 1,0	50%
Cobertura do SIM*	≥90% = 2,0; 70%-89%=1,0;<70%=0,0	98,3% = 2,0	100%
Realização de análise de duplicidade do SIM, SINASC e SINAN trimestralmente*	Regular = 2,0 Irregular = 1,0 Não = 0,0	Irregular = 1,0	50%
Realização de análise de inconsistência do SIM, SINASC e SINAN trimestralmente*		Irregular = 1,0	50%

continua...

METAS	25	10,25	41,0%
Eficácia	13	5,25	44,2%
% de fumantes na população \geq 18 anos	$\leq 13,4\% = 1,5$; 13,5-17,0% = 0,75; $>17,0\% = 0,0$	12,3% = 1,5	100%
% de adultos inativos	$\leq 14,7\% = 1,5$; 14,8-18,5% = 0,75; $>18,5\% = 0,0$	18,2% = 0,75	50%
Taxa de abandono ao tratamento tuberculose	$\leq 5\% = 1,5$; 5,1%-6% = 0,75; $>6\% = 0,0$	9% = 0,0	0%
% de cura de tuberculose	$\geq 75\% = 1,5$; 56%-74% = 0,75; $<56\% = 0,0$	61% = 0,75	50%
Taxa de abandono do tratamento de pacientes com hanseníase	$\leq 5\% = 1,5$; 5,1%-6% = 0,75; $>6\% = 0,0$	12% = 0,0	0%
% de cura da hanseníase	$\geq 90\% = 1,5$; 67,5-89% = 0,75; $<67,5\% = 0,0$	82% = 0,75	50%
% de óbitos maternos com investigação realizada em tempo oportuno	$\geq 80\% = 1,0$; 60-79% = 0,5; $<60\% = 0,0$	13,7% = 0,0	0%
% de óbitos infantis com investigação realizada em tempo oportuno	$\geq 60\% = 1,0$; 45%-59% = 0,5; $<45\% = 0,0$	32,7% = 0,0	0%
Nº de ciclos com cobertura de imóveis visitados para controle da dengue \geq 80%	$\geq 6 = 2,0$; 4-5 = 1,0; $< 4 = 0,0$	6 = 2,0	100%
Efetividade	12	4,5	37,5%
Coef. de mortalidade prematura por DCNT*	$<145,6 = 2,0$; 145,7-182 = 1,0; $>182 = 0,0$	151,7 = 1,0	50%
Razão de mortalidade materna	$<20 = 2,0$; 20 - 50 = 1,5; 50 - 150 = 1,0; $>150 = 0,0$	51,6 = 1,0	50%

continua...

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Desempenho
Coef. de mortalidade infantil	< 10 = 2,0; 10-20 =1,5; 20-50 = 1,0; >50 = 0,0	14,1 = 1,5	75%
Índice de infestação predial por aedes	≤1% = 2,0; 1,1-3,9%=1,0; >3,9%= 0,0	1,9 = 1,0	50%
Incidência de tuberculose	≤36 = 2,0; 36-40=1,0; >40 = 0,0	51,7 = 0,0	0%
Coef. de detecção de hanseníase	≤17,6=2,0; 17,7-22 =1,0; > 22= 0,0	28,7 = 0,0	0%
MANUTENÇÃO DE VALORES	25	19,75	79%
Princípios Organizacionais	10	8,0	80%
Opinião dos entrevistados quanto a importância que a SEVS/PE trata:			
Transparência das ações e gastos		9,1 = 1,25	100%
Responsabilização pela saúde da população	≥7=1,25	9,1 = 1,25	100%
Qualidade técnica dos serviços prestados	5-6,9=0,75 <5=0,0	8,4 = 1,25	100%
Orientação por resultados		8,4 = 1,25	100%
Valoração individual e organizacional quanto:			
Transparência das ações e gastos		0,93=0,75	60%
Responsabilidade pela saúde da população	≥1=1,25 0,7-0,9=0,75	0,91=0,75	60%
Qualidade técnica dos serviços prestados	<0,7=0,0	0,86=0,75	60%
Orientação por resultados		0,89=0,75	60%
Qualidade de Vida no Trabalho	15	13,25	88,3%
% de entrevistados:			
Com vínculo público		43 = 0,0	0%
Que participaram de atividade de educação permanente	≥80%=1,25 60-79%=0,75 <60%=0,	73 = 0,75	50%
Com especialização em sua área de atuação		97 = 1,25	100%

continua...

Opinião dos entrevistados quanto:			
Qualidade da comunicação formal e informal		7,5 = 1,25	100%
Qualidade do clima organizacional		8,15 = 1,25	100%
Grau de respeito à diversidade de pensamento		8,1 = 1,25	100%
Grau de satisfação no trabalho		8,7 = 1,25	100%
Grau de satisfação com as condições de trabalho	≥7=1,25	7,5 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto ao reconhecimento do trabalho	5-6,9=0,75 <5=0,0	8,6 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto o comportamento e a competência dos superiores		8,6 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto ao suporte à formação		8,8 = 1,25	100%
Grau de satisfação quanto às relações humanas entre os funcionários		7,9 = 1,25	100%
DESEMPENHO GLOBAL	100,0	64,0	64%

Fonte: elaborado pelos autores.

*CIB: Comissão Intergestores Bipartite; CES: Conselho Estadual de Saúde; VS: vigilância em saúde; PES: Plano Estadual de Saúde; PAS: Plano Anual de Saúde; TB: tuberculose; DOTS: tratamento diretamente observado; HIV: vírus da imunodeficiência humana; VISA: vigilância sanitária; SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade; SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; SEVS: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

Análise relacional ou explicativa

Uma vez constatada a elevada coesão organizacional representada pelo desempenho da função manutenção de valores (tabela 1), questionam-se *a priori* o preparo e estruturação da VS estadual em Pernambuco para a execução das atividades necessárias para o alcance de suas metas, representadas pelas funções adaptação e produção. Por outro lado, questiona-se a adequação das metas à realidade do estado, uma vez que em muitos casos elas são definidas nacionalmente, a exemplo dos programas de controle da tuberculose, da hanseníase e da dengue, ou adotadas por meio de convenções internacionais, a exemplo dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, bem como necessitam da articulação e intervenção de outras áreas/setores para o seu pleno desenvolvimento.

A princípio, dificuldades na contratação de profissionais (adaptação) e na estruturação dos processos de trabalho (volume/adaptação) comprometeram a eficácia e a efetividade das ações de VS (alcance de metas). Falhas na produção (volume e qualidade) interferiram diretamente na eficácia, e esta, por sua vez, na efetividade da VS estadual. Como exemplo, cita-se o percentual de exames de contatos para a tuberculose e hanseníase inferior ao preconizado pelas diretrizes dos programas que interferem na incidência e no coeficiente de detecção dessas enfermidades, respectivamente. Além disso, alguns aspectos da qualidade foram negligenciados, a exemplo da análise da duplicidade e inconsistência dos sistemas de informação, que podem afetar os resultados dos indicadores epidemiológicos e orientar erroneamente as medidas de intervenção a serem aplicadas.

Para que as metas sejam alcançadas, faz-se necessária uma análise criteriosa quanto à sua adequação à realidade da VS do estado de Pernambuco, além da contratação de novos profissionais e uma maior ênfase na discussão e estruturação dos processos de trabalho (instituição de colegiados e discussão/pactuação na Bipartite).

A partir do momento em que esses ajustes forem instituídos, será gerado um novo equilíbrio, e, possivelmente, novos ajustes serão necessários. Por exemplo, a contratação de novos profissionais demanda a aquisição de recursos financeiros (pagamento de salários, novos equipamentos/insumos) e a capacitação desses profissionais, gerando uma tensão na função adaptação. Pode ser necessária a realocação dos recursos e pessoas de outras áreas, interferindo na produção. Por outro lado, novos profissionais interferem na cultura organizacional e demandam tempo para incorporação das normas e rotinas institucionais, o que pode afetar de forma negativa o desempenho da função produção, e, conseqüentemente, o alcance das metas da VS estadual de Pernambuco.

Assim, o desempenho apresenta-se de forma dinâmica, em permanente construção, permitindo à organização adequar-se às contingências do ambiente e às modificações necessárias para interferir positivamente na saúde da população.

Discussão

O modelo multidimensional e integral mostrou-se apropriado para avaliar o desempenho da vigilância em saúde no âmbito estadual, sobretudo, por sua abrangência explicativa, que permitiu identificar fragilidades que influenciaram

no alcance das metas. A integração conceitual de diversas concepções sobre o desempenho de organizações de saúde (SICOTTE et al., 1998; CHAMPAGNE et al., 2011) permitiu uma ampliação no escopo da avaliação, que frequentemente se restringe à análise do alcance de objetivos previamente definidos (MARCHAL et al., 2014), superando, assim, as tradicionais avaliações tipo caixa preta (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

Desta forma, o desempenho da VS no estado de Pernambuco, sob o prisma do modelo integral, mostrou-se satisfatório, com diferenças importantes entre as funções que o compõem. Outros estudos que avaliaram o desempenho da VS ou de algum de seus componentes (TEIXEIRA et al., 2012; BATTESINI, 2008; SILVA JÚNIOR, 2004) apresentam resultados diversos do aqui relatado. Esse fato se deve à diversidade de abordagens metodológicas e à contingência do desempenho, que pode modificar-se a depender do contexto e, sobretudo, da teoria que o ancora (CHAMPAGNE et al., 2011; TCHOUAKET et al., 2012).

Entre as funções do modelo integral, destacou-se a manutenção de valores, considerada por Parsons (1977) aquela de maior importância nas organizações humanas, devido ao seu caráter de coesão e integração. Estudá-la ajuda a compreender as estratégias de desmobilização e não adesão às normas por parte dos funcionários, explicadas, em parte, pelos mecanismos de formação da cultura organizacional e das redes interpessoais (GOMIDE; GROSSETTI, 2010; MARCHAL et al., 2014).

Esse não parece ser o principal problema da VS estadual em Pernambuco, que apresentou uma grande satisfação dos entrevistados com o trabalho e um elevado grau de conformidade com os princípios organizacionais. Contudo, o baixo percentual de profissionais concursados e a insuficiência de técnicos de nível superior comprometem o desempenho global da VS e geram tensões em outras funções do modelo. O vínculo precário favorece a rotatividade profissional, que gera elevada demanda por capacitações e quebra na rotina do serviço. Essa também foi uma das principais dificuldades encontradas em estudo realizado por Gonçalves et al. (2014) na atenção primária de um município mineiro, denotando o papel fundamental dos recursos humanos para o bom desempenho das organizações de saúde.

Essa situação contribuiu para o desempenho insuficiente da função alcance das metas. Esta é expressa pela capacidade da VS em melhorar a situação de saúde e o

bem-estar da população sob influência da VS (eficácia) e da população em geral (efetividade) (CHAMPAGNE et al., 2011). Para que ela se concretize, é necessário um elevado desempenho nas demais funções e um alto grau de integração da VS estadual com outros setores (educação, saneamento etc.), outras áreas da saúde, como a atenção e a regulação, e com os demais níveis de gestão do sistema, devido à conformação tripartite do SUS (MARCHAL et al., 2014; BRASIL, 2013).

Da mesma forma, denota-se a necessidade de maior aproximação dos processos de trabalho, das formas de fazer vigilância, promovendo um maior diálogo, cogestão e participação social. Esses atributos são de grande relevância para a VS estadual, principalmente no que concerne à indução da descentralização das ações, permitindo superar algumas das dificuldades relatadas por Faria e Bertolozzi (2009), Cohen (2009) e Santos et al. (2012), como o caráter normativo e vertical do processo de descentralização, a fragilidade no preparo das equipes locais e na capacidade de gestão de muitos municípios, com impacto negativo no desempenho da VS estadual.

Além de apresentar uma alternativa aos modelos tradicionais de avaliação de desempenho, o presente estudo vem contribuir com a discussão da necessidade de institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação no serviço público, como um mecanismo que potencialize sua capacidade de gestão e seja um instrumento de aprendizagem e melhora contínua da qualidade dos serviços ofertados (COSTA et al., 2013). Necessidade essa identificada em estudo realizado por Lotufo e Miranda (2007), que constataram insuficiência ou inadequação dos sistemas de monitoramento e avaliação nas Secretarias Estaduais de Saúde, dificultando o processo de tomada de decisão e de condução de ajustes institucionais em tempo hábil.

Considerações finais

A vigilância em saúde é um campo de atuação que apresenta um largo escopo de ações, envolvendo a promoção à saúde, prevenção e controle de determinantes, riscos, danos e agravos à saúde. Somada a essa característica, a organização tripartite do SUS traz consigo um desafio extra na concepção, delimitação do objeto a ser avaliado e seleção de indicadores para avaliação de desempenho.

A complexidade inerente a esse processo suscita a necessidade da adoção de uma concepção abrangente do desempenho, com o uso de modelos multidimensionais

que consigam captar uma variedade de aspectos determinantes para o desempenho organizacional. Demanda-se igualmente o conhecimento aprofundado da intervenção a ser avaliada e a seleção parcimoniosa de indicadores de fácil mensuração, sensíveis, específicos e cujas fontes de dados sejam confiáveis.

Além do mais, a avaliação entendida como uma construção social, intersubjetiva, carregada de sentidos e valores necessita de um permanente processo de discussão e negociação. Cada etapa de sua operacionalização precisa ser debatida com os interessados para que ela possa fazer sentido e seja usada posteriormente. Com isso, fomenta-se o aprendizado pessoal e organizacional, não apenas com os resultados da avaliação, mas também durante o processo de sua execução.

Para além da aferição e classificação dos resultados, o presente estudo permitiu identificar fragilidades e lacunas em importantes funções/dimensões do desempenho da VS estadual em Pernambuco, bem como as estratégias para sua melhoria. Contudo, vale lembrar que qualquer intervenção instituída causará uma nova configuração no desempenho da VS estadual, através do equilíbrio dinâmico estabelecido entre as funções, e, para tanto, necessita ser bem planejada.

Por fim, destacam-se a importância do contexto político, econômico e social no desempenho das organizações de saúde e os limites das intervenções técnico-gerenciais em interferir na capacidade dos serviços em melhorar a saúde da população. Lidar com essa situação de incerteza e complexidade é essencial para a obtenção de organizações com alto desempenho.¹

Referências

- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da Saúde: fundamentos interfaces e tendências. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.
- BASSIT, M.; BLUMM, M.; MARTINS, H. F. Governança para resultados no Ministério da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Mais Gestão é Mais Saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde*. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 27 - 43.
- BATTESINI, M. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal*. 2008. 210 p. Tese (Doutorado em Engenharia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamentam a Lei nº 8080 de 1990 sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a

assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. Portaria nº 1378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamentos das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html> Acesso em: 10 fev. 2014.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Orgs.). *Avaliação em saúde conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-40.

COHEN, M. M. Dilemas do processo da gestão descentralizada da vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 867-901, 2009.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, J. M. B. S. et al. Monitoramento do desempenho da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da vigilância à saúde: um horizonte para a integralidade. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 9, p. 422-427, 2009.

GOMIDE, M.; GROSSETTI, M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 873-893, 2010.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

HUNTER, D. E. K.; NIELSEN, S. B. Performance management and evaluation: exploring complementarities. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7-17, 2013.

LARHEY, R.; NIELSEN, S. B. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation and results based management: observations from Canada. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 45-56, 2013.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, 2007.

MARCHAL, B. et al. Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health*, Londres, v. 14, p. 378-391, 2014.

PARSONS T. *Social Systems and the evolution of action theory*. New York: Free Press, 1977. 420 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

PINTO JÚNIOR, V. L.; CERBINO NETO, J. Vigilância em saúde pública: política de financiamento no Brasil e o exemplo do Distrito Federal. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2011. p. 135-150.

REINOSO, A. T. F.; MARIE, G. C.; MILORD, D. R. Una Reflexión histórica sobre la vigilancia en salud en Cuba. *Rev. Cubana de Salud Pública*, La Habana, v. 35, n. 2, p. 1-22, 2009.

SANTOS, S. S. B et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciênc. Saúde. Col.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 873-882, 2012.

SICOTTE, C. et al. A conceptual framework for health care organizations Performance. *Health Serv. Manage. Res.*, London, v. 11, p. 24-38, 1998.

SILVA, G. A. P.; TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos: campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 391-399.

SILVA, R. B. da et al. A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization: Concepts and Measures. *Health Policy*, Oxford, v. 6, n. 4, p. 106-120, 2011.

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

TCHOUAKET, E. N. et al. Health Care System Performance of 27 OCDE Countries. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, Kerman, v. 14, n. 2, p. 104-129, 2012.

TEIXEIRA, G. M. et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations. *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, v. 32, n. 1, p. 49-55, 2012.

UUSIKYLÄ, P. Transforming silo-steering into a performance governance system: The case of the Finnish central government. Performance management and evaluation. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7-17, 2013.

WALDMAN, E. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 487-528.

Nota

¹ J. M. B. S. Costa participou da concepção do artigo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do texto. E. A. P. Cesse, I. C. Samico e E. Freese participaram da concepção, interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do artigo.

Abstract

Performance evaluation of the state health surveillance in Pernambuco State, Brazil

This article aimed to evaluate the performance of Health Surveillance in Pernambuco in the year of 2012. An evaluative research based on the multidimensional model for comprehensive and global evaluation of health systems performance was conducted. The logic model of state health surveillance, adapted to the multidimensional evaluation model, and conceived as a judgement and analysis matrix was created. Primary data, collected through interviews with key informants, and secondary data, from health surveillance information systems and official documents, were used. The performance of health surveillance in Pernambuco was satisfactory (64.0%). The value “maintenance function” scored excellent (85.0%) followed by “adaptation” (70.0%) and “production” (60.0%) functions, both with satisfactory performance. The “achieving goals” function scored unsatisfactory (41.0%), due, in part, to the set of weaknesses found in the other functions. The performance evaluation of the state health surveillance, using the integral model, turned out to be an appropriate strategy to the identification of strengths and weaknesses in various performance dimensions, providing the means to better understand it and to establish improvement strategies.

► **Key words:** surveillance; public health surveillance; health evaluation; performance evaluation; program’s performance; health care.