

Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso

Monitoring of performance of health surveillance management: tools and strategies of use

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa ¹
Eronildo Felisberto ¹
Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra ¹
Eduarda Ângela Pessoa Cesse ²
Isabella Chagas Samico ¹

Abstract *A tool is proposed to monitor the performance of Health Surveillance at state level and strategies for broadening its use. The use of participatory methodologies in all stages of monitoring is recommended, from designing the tool to the analysis and interpretation of indicators. This can be a way of involving stakeholders and improving their joint responsibilities in decision-making, thus increasing the use of the monitoring tool. The monitoring instrument was built after the design of the logical model of the management of health surveillance and indicators of each component of management were submitted to a validation process. Monitoring is understood as a reflexive practice that promotes personal and institutional learning, continuous enhancement of management processes, greater transparency and accountability, besides its operational use for decision making.*

Key words *Monitoring, Health Management, Surveillance, Health Evaluation*

Resumo *Propõe-se um instrumento para monitorar o desempenho da Vigilância em Saúde no âmbito estadual e estratégias para ampliar seu uso. Advoga-se o emprego de metodologias participativas em todas as etapas do monitoramento, desde a elaboração do instrumento até a análise e interpretação dos indicadores, como forma de envolver os interessados e (co)responsabilizá-los nas decisões tomadas, aumentando sua utilização. O instrumento de monitoramento foi construído após o delineamento do modelo lógico da gestão da vigilância em saúde e os indicadores representativos de cada componente da gestão passaram por processo de validação. Além de subsidiar a tomada de decisão, o monitoramento é entendido enquanto prática reflexiva capaz de promover o aprendizado pessoal e institucional, melhoria contínua dos processos de gestão, maior transparência e responsabilização.*

Palavras-chave *Monitoramento, Gestão em saúde, Vigilância, Avaliação em saúde*

¹ Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, IMIP. R. dos Coelhos 300, Boa Vista. 50070-550 Recife PE. julimartins.costa@gmail.com

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz.

Introdução

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contemplado um conjunto de ações que envolvem o financiamento, a gestão e a organização da produção de serviços. A qualificação destas ações, e do próprio sistema, passa, dentre outras estratégias, pela definição e clareza dos objetivos institucionais, pelo acompanhamento sistemático do cumprimento das metas estabelecidas para o seu alcance, bem como pela capacidade de adaptação do sistema às necessidades e demandas sociais. Além disso, o processo de institucionalização do SUS, enquanto política de caráter interfederativo e intergovernamental, estabelece paulatinamente novas competências e responsabilidades para os entes federados que exigem uma intensa negociação e pactuação com influência no exercício da gestão setorial^{1,2}.

Neste contexto, as ações de vigilância em saúde (VS) vêm passando por profunda reorganização normativa e operacional para adequar-se aos princípios e diretrizes constitucionais do SUS de descentralização e integralidade. No que tange ao financiamento, observa-se a passagem da modalidade de convênios para formas de repasse fundo a fundo a partir de critérios epidemiológicos e populacionais. Do ponto de vista organizacional, foram definidas atribuições e competências para cada esfera de gestão evitando-se a descontinuidade e a superposição de ações^{3,4}.

As atribuições do nível estadual da VS incluem a formulação de políticas, a cooperação técnica, o planejamento e programação, o cofinanciamento, o desenvolvimento de recursos humanos, o monitoramento e a avaliação, além de execução de ações de vigilância de forma complementar quando constatada insuficiência dos municípios⁴. Assim, torna-se fundamental o fortalecimento deste nível de gestão. As ações estratégicas executadas no âmbito do estado atuam como um mecanismo indutor da descentralização e qualificação das ações de VS no nível local.

É inegável o avanço na execução das atividades de VS com a descentralização de responsabilidades e recursos para as Secretarias Estaduais e Municipais. Apesar da contemporaneidade deste processo, houve relativo atraso em relação às ações de assistência à saúde, uma vez que a formalização da criação e operacionalização dos sistemas locais de vigilância ocorreu a partir da promulgação da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996^{5,6}. Além disso, apenas em 2003 é que foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde, o que provocou

um profundo reordenamento político e gerencial na área da VS⁴.

A despeito dos avanços observados, a eficiência e a qualidade das ações ainda persistem como desafios. Neste sentido, o gerenciamento do desempenho da gestão da VS apresenta-se como uma estratégia fundamental para superar algumas das dificuldades anteriormente apontadas. Para tanto, faz-se necessário estabelecer estratégias de mensuração do desempenho e investir na qualificação e mobilização do corpo técnico e gerencial da VS, bem como na melhoria da informação⁷.

Dentre as estratégias citadas na literatura, o monitoramento e a avaliação do desempenho apresentam papel de destaque. Estes são entendidos como estratégias complementares que permitem dotar a gestão de maior responsabilidade, transparência e qualidade⁸.

Contudo, medir o desempenho é uma tarefa complexa e multidimensional por existir vários estilos de gestão e diversas definições e modelos de monitoramento e avaliação de desempenho⁷⁻¹⁰. Como afirma Pernelle⁹ existe uma estreita relação entre o estilo de gestão adotado e o conceito de desempenho seguido por cada organização. Esta relação é caracterizada pelo autor como hologramática na medida em que uma é o reflexo da outra. Entretanto, por meio dos sistemas de gerenciamento de desempenho as concepções tanto do estilo de gestão quanto de desempenho podem modificar-se, devido às múltiplas inter-relações e influências que existem entre eles.

Os sistemas de gerenciamento de desempenho, de forma geral, requerem articulação entre as atividades de monitoramento e de avaliação, de forma que permitam melhorar a governança e as práticas administrativas⁸. O monitoramento do desempenho recebe papel de destaque enquanto atividade inerente ao processo gerencial e é entendido como prática reflexiva de acompanhamento das intervenções, que permite uma apreciação continuada dos programas governamentais de modo a prover a administração de informações sintéticas que subsidiem o processo de tomada de decisão^{2,11}. Esta estratégia vem sendo utilizada por agências internacionais, como a dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional¹² e por governos de todo o mundo, a exemplo do Canadense⁸, como uma importante ferramenta indutora de mudanças.

Na literatura, pouco se discute sobre a prática e o uso do monitoramento. A maioria dos trabalhos está relacionada à avaliação de programas, serviços e sistemas de saúde. O monito-

ramento, por vezes, fica restrito a uma etapa anterior ou de subsídio à avaliação, sendo pouco exploradas suas potencialidades e perspectivas de uso na gestão em saúde.

Desta forma, este artigo apresenta um instrumento desenvolvido para monitorar o desempenho da gestão da VS no âmbito estadual e propõe estratégias de uso. Pretende-se, potencializar a prática do monitoramento, aumentar sua eficácia e contribuir para a melhoria da qualidade da gestão pública.

Os painéis de monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde

A elaboração dos painéis de monitoramento do desempenho da gestão da VS no âmbito estadual foi realizada de forma participativa com o envolvimento de técnicos e gestores que compõem a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE), e de pesquisadores que atuam na área de avaliação ou gestão em saúde, denominado grupo de *experts*, no período de maio a dezembro de 2011. Este grupo foi composto por: oito técnicos que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, vigilância ambiental e gerenciamento dos sistemas de informações; sete gestores (gerentes e diretores) da área da VS; e três pesquisadores.

Inicialmente, foi elaborado o modelo lógico da gestão da VS no âmbito estadual com o intuito de entender como cada componente da gestão contribui para o resultado final da VS. Esta etapa é considerada essencial na composição da arquitetura de sistemas de desempenho e irá ajudar na etapa posterior de seleção de indicadores⁸. Para isso, foi realizada análise documental dos instrumentos normativos que regem a área: Lei 8080/1990¹³, Portaria 3252/2009¹⁴, Decreto 7508/2011¹⁵; realizada consulta a textos sobre a vigilância em saúde^{3,4,6,16} bem como sobre o desempenho^{10,11,17,18}. Optou-se pela definição de desempenho proposta pela escola racional que afirma que uma organização apresenta um bom desempenho na medida em que atinge seus objetivos e metas¹⁰, por ser a mais utilizada na literatura, bem como por responder às expectativas dos envolvidos (técnicos e gestores).

A partir deste material foram identificados os componentes e subcomponentes da VS e descritos os recursos (humanos, materiais, financeiros e organizacionais), as atividades e os resultados esperados. Após este desenho inicial, o

modelo foi submetido ao grupo de *experts*, para correções e validação de seu conteúdo. Com os ajustes propostos o modelo lógico ficou composto por cinco componentes ou macrofunções e dezessete subcomponentes, assim distribuídos: (i) gestão financeira (alocação e execução): visa dotar a VS de uma maior eficiência; (ii) desenvolvimento da capacidade institucional (gestão de pessoas, assessoria técnica, monitoramento e avaliação): tem por objetivo promover os meios para dar respostas satisfatórias frente às demandas sociais; (iii) articulação (entre os componentes da vigilância, entre a vigilância e a atenção à saúde e intersetorial): tem por finalidade fortalecer o intercâmbio de práticas e saberes para atuação de forma integrada; (iv) informação e comunicação (estudos epidemiológicos, coleta, processamento, análise e disseminação): visa analisar todas as etapas do processo de produção/disseminação da informação, base para todo sistema de vigilância e (v) situação de saúde (doenças transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis, saúde ambiental e saúde do trabalhador): objetiva acompanhar a situação de agravos prioritários para o Estado (Figura 1).

Espera-se que com o desenvolvimento dessas macrofunções da gestão, somadas a uma estrutura física e organizacional adequada, recursos humanos capacitados e em quantidade adequada, um arcabouço normativo e legal que dê suporte às ações, bem como recursos financeiros suficientes, a gestão da VS consiga promover o aprimoramento institucional, um maior apoio aos municípios, o fortalecimento da gestão estadual, das ações intersetoriais, e qualificar a prevenção e o controle de agravos à saúde. Além disso, deve-se considerar que a gestão da VS estadual está inserida no contexto da Política Nacional de Saúde, da Política de Vigilância em Saúde, do Projeto de Governo do Estado e da Política Estadual de Saúde. Estas características contextuais trazem elementos que podem dificultar e/ou facilitar o desenvolvimento das ações da VS (Figura 1).

Ao término do delineamento da intervenção foi definida a periodicidade trimestral para o monitoramento. Esta foi baseada no entendimento do grupo de *experts* de que o monitoramento deve ser um instrumento de apoio à gestão devendo, assim, orientar a tomada de decisões e, neste caso, permitir que estas possam ser implementadas e continuamente (re)avaliadas. Assim, pretende-se atuar em uma perspectiva formativa que facilite o aprendizado pessoal e institucional.

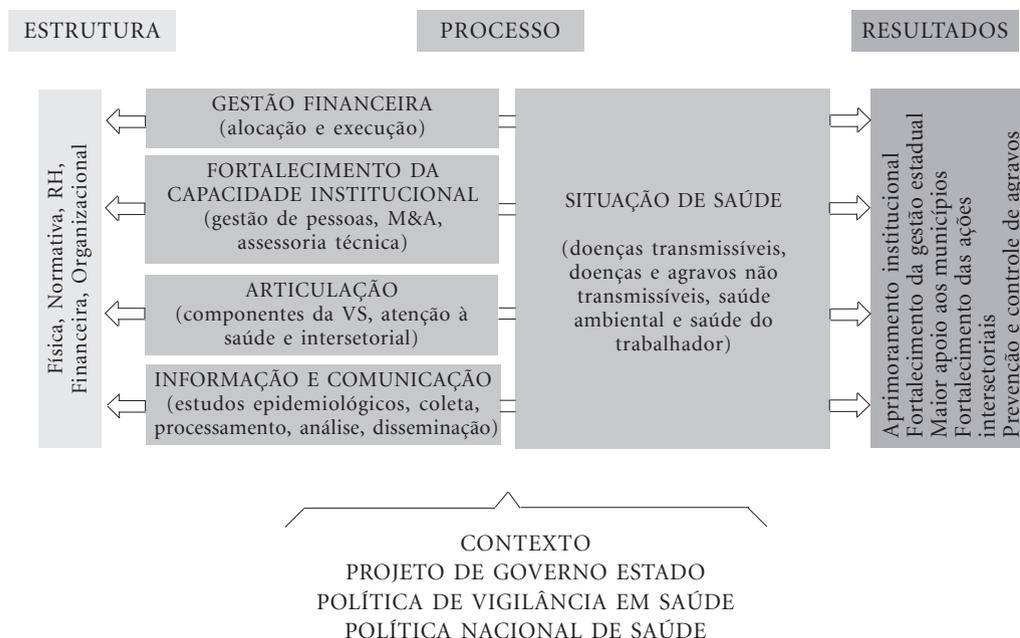


Figura 1. Modelo lógico da gestão da vigilância em saúde estadual

De posse do modelo lógico e definida a periodicidade do monitoramento foram elaborados dois painéis. O primeiro denominado “nível central” permite monitorar o desempenho estadual de forma global, e outro, denominado “nível local”, permite verificar o desempenho a partir de suas unidades constituintes – os municípios. Cada painel foi elaborado com a seguinte estrutura: critérios (atributo utilizado para mensurar os componentes), indicadores (medida ou fator quantitativo ou qualitativo utilizado para representar o critério a ele relacionado), padrões (valor de referência para cada indicador), fonte de informação (local onde os dados serão coletados).

No processo de seleção dos indicadores foi utilizado o conceito de condição traçadora proposto por Kessner et al.¹⁹ e adaptado aos objetivos deste estudo. Além disso, os indicadores foram selecionados de forma a constituir um instrumento simples, ágil e útil que facilite a comunicação entre os envolvidos na tomada de decisão, seguindo as recomendações de Tamaki et al.²⁰.

Após a seleção dos indicadores, procedeu-se a validação em três etapas. Na primeira foram analisadas a disponibilidade dos dados, a confiabilidade e a validade teórica e o constructo dos indicadores. A confiabilidade entendida enquanto a capacidade do indicador em medir fielmente um

fenômeno. A validade teórica se os elementos selecionados para medir uma construção teórica representam realmente todas as facetas importantes do conceito a ser medido, e a validade de construção que procura verificar a relação entre os conceitos teóricos e sua operacionalização¹⁰.

Seguindo o processo de validação (etapa 2), os critérios, os indicadores, os padrões e as fontes de informação foram discutidos, em uma oficina, com o grupo de *experts* (técnicos, gestores e pesquisadores) que sugeriu a retirada de alguns indicadores e a inclusão de outros. Nesta oficina, os *experts* foram divididos em três grupos de discussão para análise dos painéis.

A terceira etapa de validação consistiu na realização do estudo piloto com dados referentes ao ano de 2011 (último ano com banco de dados fechados). Este serviu para testar a operacionalidade do instrumento, a criação de fluxos internos e a estruturação de processos de trabalho. Além disso, foi identificada a necessidade de ajuste em quatro indicadores, para facilitar o entendimento dos técnicos, a realocação de um indicador entre os componentes e a exclusão de dois indicadores.

De posse dos indicadores partiu-se para a definição dos padrões/metapas, considerado um aspecto crítico no monitoramento do desempe-

nho^{17,21}. Diante da variedade de indicadores selecionados adotou-se um modelo misto, para o qual foram consideradas as perspectivas: absoluta, onde os padrões/metras estabelecidas são consideradas como o padrão a ser alcançado; histórica, onde se compara os resultados alcançados ao longo do período; e a negociada ou de compromissos, que se baseia em algum procedimento específico para sua fixação, normalmente decorrente de consensos entre as partes envolvidas²¹.

Desta forma, para alguns indicadores foram utilizados os instrumentos de planejamento (Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde, Plano de Ação da SEVS/PE e Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) para estabelecimento dos padrões/metras. Para outros, que não estavam contemplados nestes instrumentos e possuíam banco de dados de qualidade, foi realizado estudo da série histórica e pactuado junto à área técnica o padrão/meta para o ano de 2012. E, para os demais, foi definido empiricamente junto ao grupo de *experts*.

Os padrões/metras anuais foram escalonados por trimestre para os indicadores que tratassem de cobertura ou alguma outra atividade que necessitassem do período anual para o seu alcance. Como exemplo, tem-se o indicador percentual de realização de análises da vigilância da qualidade da água referente ao parâmetro coliformes totais, para o qual a meta do ano de 2012 foi de 35% do preconizado pela Diretriz Nacional. Assim, as metas escalonadas por trimestre foram de 5% no primeiro, 15% no segundo, 25% no terceiro e 35% no quarto trimestre, de forma que se possa acompanhar a tendência do alcance da meta para o período.

Desta forma, seu desempenho é verificado em relação ao parâmetro estabelecido para o trimestre e sua evolução temporal. Já para o conjunto de indicadores que possuem um parâmetro fixo, que não necessitem de análise cumulativas, a análise é realizada no trimestre e seu desempenho é considerado tanto em relação ao parâmetro quanto ao resultado do trimestre anterior. Como valores de referência propõem-se os pontos de corte utilizados na Programação de Ações da Vigilância em Saúde (PAVS)²² por ser uma sistemática já consolidada em nosso país. Assim, o padrão/meta é considerado alcançado quando atinge 100%; de 79,9 a 75,0% parcialmente alcançado, e menor do que 75,0% não alcançado.

Como fonte de informação para preenchimento dos painéis priorizou-se o uso dos sistemas de informação em saúde (Sistema de infor-

mação sobre Mortalidade – Sim, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan), bem como outras fontes complementares de informação como atas das reuniões dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde e dos Colegiados Intergestores Bipartite (CIB) e Intergestores Regionais (CIR), setor de finanças e de gestão de pessoas.

Os painéis de monitoramento do desempenho da gestão da VS no âmbito estadual – nível central e nível local – podem ser visualizados nos Quadros 1 e 2, respectivamente. No total, encontra-se um rol de 44 indicadores (24 do “nível central” e 20 do “nível local”) que contemplam informações sobre a gestão financeira, a gestão de pessoas, a articulação intra e intersetorial, a gestão da informação e a comunicação social, bem como indicadores de situação de saúde que expressam o resultado final das ações de VS.

As estratégias de uso dos instrumentos de monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde

A disponibilidade dos instrumentos de monitoramento do desempenho da gestão não garante seu uso, bem como a realização de avaliações não garantem que seus resultados sejam utilizados⁸. O uso não ocorre naturalmente, ele necessita ser facilitado²³, interagir com os processos e os procedimentos organizacionais²⁴ e fazer parte da cultura das lideranças e dos canais de comunicação²⁵. Desta forma, as reflexões sobre a natureza, as causas e os determinantes do uso das avaliações^{23,26} serviram de subsídio para a proposição de estratégias de uso dos instrumentos de monitoramento no cotidiano da prática gerencial da VS.

Além disso, foram utilizados os trabalhos realizados por Preskill e Caracelli²⁴ e Fleisher e Christie²⁷ que identificaram os fatores que mais influenciam no uso das avaliações com destaque para a participação dos interessados no processo avaliativo e o papel do avaliador enquanto facilitador, comprometido com a promoção da aprendizagem organizacional. Também a ponderação avaliativa proposta por Patton²³, que se caracteriza por uma forma de pensar as conexões entre a ação e a reflexão, mediante a qual os envolvidos: (i) ponderam a evidência, (ii) consideram as contradições, inconsistências e os valores articulados, (iii) interpretam descobertas e (iv) examinam suposições para analisar a realidade e reconstruí-la.

Quadro 1. Painel de monitoramento do desempenho da gestão no âmbito estadual – *Nível Central*

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Gestão financeira				
Subcomponente: Execução financeira				
% de execução dos recursos do piso fixo e variável da vigilância e promoção da saúde (PFVVPS)	Identificar a capacidade de execução orçamentárias dos recursos da Vigilância em Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde	Setor de finanças da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS)	Recursos dos (PFVVPS) executados (em R\$) até o trimestre avaliado/total de recursos do PFVVPS (em R\$) no ano corrente x 100	> 80% anual (20% até o 2º trimestre, 40% até o 3º trimestre e 80% ao final do exercício) OBS: 1º trimestre não avaliado devido a 1ª parcela ser transferida no mês de abril
Componente: Fortalecimento da Capacidade Institucional				
Subcomponente: Gestão de pessoas				
% de gerentes e coordenadores com especialização em sua área de atuação	Verificar a qualificação dos gestores da vigilância do nível central	Diretorias da SEVS	Nº de gerentes e coordenadores com especialização em sua área de atuação / total de gerentes e coordenadores x 100	> 80%
Componente: Articulação				
Subcomponente: Articulação entre os componentes de Vigilância em Saúde				
% de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com discussões de temas da Vigilância	Fomentar a integração e articulação da vigilância no âmbito estadual	Ata das reuniões da CIB	Nº de reuniões da CIB com discussão de temas da VS no trimestre / Total de reuniões no trimestre x 100	> 30%
Número de reuniões entre as áreas da Vigilância em Saúde (Diretorias)	Verificar a continuidade dos processos de integração e articulação internas	Ata das reuniões	Número absoluto	3 no trimestre
Subcomponente: Articulação entre a Vigilância e Atenção à Saúde				
% de Regionais de Saúde com grupo técnico de estudos da mortalidade materna em funcionamento	Estabelecer estratégias de atuação conjunta entre a Atenção e vigilância em saúde	Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância epidemiológica (DG-IAEVE)	Nº de regionais com comitês de estudos da mortalidade materna em funcionamento no trimestre/total de Regionais x 100	> 40% Obs: GT em funcionamento – realização de reuniões sistemáticas a partir da ocorrência do óbito

continua

Espera-se superar o uso instrumental²⁶ que visa exclusivamente à orientação para a tomada de decisão, por uma perspectiva emancipatória. Por meio do compromisso com um processo ativo de aprendizagem no qual não apenas os produtos são valorizados, mas todo o processo de produção, pretende-se permear a prática da gestão da VS estadual, favorecendo mudanças institucionais por meio de um processo conjunto de análises, interpretações e atribuição de novos significados às rotinas^{25,28}.

Assim, as bases para a utilização dos painéis de monitoramento estão ancoradas no: (i) envolvimento dos interessados, (ii) diálogo permanente, (iii) comprometimento, (iv) engajamento, (v) responsabilização, (vi) transparência e (vii) prestação de contas.

A utilização de metodologias participativas deve permear todo o processo, desde a elaboração dos instrumentos até a análise e interpretação dos indicadores, realizados em conjunto em reuniões/sessões trimestrais de monitoramento.

Quadro 1. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Informação e Comunicação				
Subcomponente: Coleta				
% de casos detectados de hanseníase em relação aos esperados	Verificar a subnotificação de agravos prioritários	Sinan	Nº de casos de hanseníase detectados até o trimestre/total de casos esperados de hanseníase até o trimestre x 100	> 90% Obs: total de casos esperados no trimestre - Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5% / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) estadual	Verificar a captação de óbitos (coleta das declarações de óbito)	SIM	Nº de óbitos captados pelo SIM até o trimestre/Total de óbitos esperados até o trimestre x 100	> 90% Obs: 1) Para o cálculo dos casos esperados foi utilizado o fator de correção estabelecido pelo MS 2) casos esperados até o trimestre - Nº de óbitos esperados/4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	Verificar a captação de nascidos vivos (NV) (coleta das declarações de nascido vivo)	Sinasc	Nº NV captados pelo Sinasc até o trimestre/Total de nascidos vivos esperados até o trimestre avaliado x 100	> 95% Obs: 1) Para o cálculo dos NV esperados foi utilizado o fator de correção estabelecido pelo MS 2) NV esperados até o trimestre - Nº de NV esperados / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Subcomponente: Processamento				
% de investigação de óbitos maternos declarados em tempo oportuno	Verificar o processamento das informações de eventos prioritários	SIM	Nº de óbitos maternos declarados investigados em tempo oportuno até o trimestre avaliado / Total de óbitos maternos declarados notificados até o trimestre x 100	100% Obs: Tempo oportuno: até 120 dias da ocorrência do óbito
% de investigação de óbitos infantis em tempo oportuno	Verificar o processamento das informações de eventos prioritários	SIM	Nº de óbitos em menores de um ano investigados em tempo oportuno até o trimestre avaliado / Total de óbitos em menores de um ano notificados até o trimestre x 100	50% Obs: 1) Tempo oportuno: até 120 dias da ocorrência do óbito 2) Exclui os óbitos fetais
Subcomponente: Análise				
% de encerramento oportuno das doenças agudas de notificação compulsória	Verificar a qualidade da informação	Sinan	Nº de casos de doenças agudas de notificação compulsória encerradas em tempo oportuno até o trimestre / Total de casos de doenças agudas de notificação compulsória	> 80%
% de óbitos com causa definida	Verificar a qualidade da informação	SIM	Nº de óbitos com causa definida até o trimestre / Total de óbitos até o trimestre x 100	> 95%

continua

Quadro 1. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Informação e Comunicação				
Subcomponente: Disseminação				
Nº de Boletins (ou similar) produzidos e encaminhados aos municípios, sociedade civil ou imprensa	Verificar a disseminação de informações	Diretorias das SEVS	Nº absoluto	33/ano (8 no 1º, 16 até o 2º; 24 até o 3º e 33 até o 4º trimestre)
% de Reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES) com discussão de temas da Vigilância em Saúde	Alimentar o controle social, aumentar a autonomia do cidadão	Ata do CMS	Nº de reuniões do CES com discussões de temas da VS no trimestre/Total de reuniões do CES no trimestre	> 30%
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças transmissíveis				
Nº de óbitos por dengue	Verificar a gravidade dos casos	Sinan	Número absoluto até o trimestre	< 49 (<12 no 1º, < 24 até o 2º, < 36 até o 3º e < 49 até o 4º) Obs: para definição do padrão utilizou-se a recomendação do MS em diminuir em 10% os óbitos em relação ao ano anterior
% de encerramento por cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero (TB)	Verificar o êxito do programa de controle da tuberculose	Sinan	Nº de casos novos de TB que apresentaram situação de encerramento com cura até o trimestre/Total de casos de TB notificados até o trimestre x 100	> 75%
% de realização de cultura entre casos de retratamento de Tuberculose	Verificar a qualidade na atenção aos pacientes com Tuberculose	Sinan	Nº de casos de retratamento de tuberculose com cultura realizada até o trimestre/Total de casos de retratamento de tuberculose até o trimestre x 100	> 35%
% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, expressando sua efetividade em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, reduzindo assim, os focos de contágio da doença e contribuindo para prevenir incapacidades físicas	Sinan	Número de casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco, diagnosticados nos anos das coortes e curados até o trimestre/Total de casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco e diagnosticados nos anos das coortes x 100	> 85% OBS: ano das coortes 1) 2011 para os paucibacilares 2) 2010 e 2011 para os multibacilares
% de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	Captar casos novos de hanseníase em etapas iniciais da doença	Sinan	Nº de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco diagnosticados até o trimestre/nº total de contatos intradomiciliares registrados referente aos casos novos de hanseníase residentes em Pernambuco diagnosticados até o trimestre x 100	> 60%

continua

Quadro 1. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças transmissíveis				
Nº de casos de Aids em menores de 5 anos	Verificar a ocorrência da transmissão vertical de HIV	Sinan	Nº absoluto até o trimestre	15/ano (3 no 1º trimestre, 7 até o 2º trimestre; 11 até o 3º e 15 no ano)
Nº de casos de sífilis congênita	Verificar a ocorrência da transmissão vertical da sífilis	Sinan	Nº absoluto até o trimestre	650/ano (163 no 1º trimestre, 326 até o 2º trimestre; 488 até o 3º e 650 no ano)
% de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial específico	Identificar a etiologia das meningites bacterianas	Sinan	Nº de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial até o trimestre/Total de casos de meningites bacterianas confirmadas até o trimestre x 100	> 56%
Coefficiente de letalidade por leishmaniose visceral	Verificar a efetividade do programa de controle da leishmaniose visceral	Sinan	Nº de óbitos por leishmaniose visceral até o trimestre/Total de casos de leishmaniose visceral notificados até o trimestre x 100	< 5,6%
Subcomponente: Doenças e agravos não transmissíveis				
% de Unidades sentinelas de informações de acidente de transporte terrestre (USIATT) com envio regular do banco de dado	Verificar a regularidade no envio de informação pelas USIATT	Diretoria Geral de Promoção, monitoramento e avaliação da Vigilância em Saúde (DG-PMAVS)	Nº de USIATT com envio regular do banco de dados no trimestre/Total de USIATT x 100	100% OBS: envio regular até o dia 10 de cada mês (pelo menos 2 meses no trimestre)
Subcomponente: Vigilância ambiental				
% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente aos parâmetros coliformes totais.	Monitorar a qualidade da água, para o parâmetro coliforme total, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano	SISÁgua	Nº de amostras de coliformes totais realizadas pela vigilância até o trimestre/total de amostras de coliformes totais preconizadas pela Portaria nº 2914/2011 ²⁹ x 100	>35% / ano (5% no 1º trimestre, 15% até o 2º trimestre; 25% até o 3º e 35% no ano)

Todo o corpo gestor (Secretário, Diretores, Gerentes e Coordenadores) deve estar envolvido com o intuito de: (i) identificar as estratégias de intervenções mais adequadas, (ii) avaliar as estratégias traçadas, (iv) responsabilizar os envolvidos e (v) socializar as informações. Além disso, a literatura tem apontado vantagens na análise de informações em equipe, uma vez que o grupo

apresenta uma maior capacidade de processamento da informação do que a soma das capacidades individuais de seus integrantes trabalhando isoladamente^{30,31}.

Destaca-se a importância do papel desenvolvido pelo gestor enquanto um facilitador do aprendizado²⁴ que deve mobilizar a equipe e estimular que as discussões ocorram de forma de-

Quadro 2. Painel de monitoramento do desempenho da gestão no âmbito estadual –Nível Local

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Gestão financeira				
Subcomponente: Execução financeira				
% de municípios com envio irregular do SIM, Sinasc e Sinan	Monitorar a regularidade do banco de dados do Sim, Sinasc e Sinan para evitar o bloqueio no repasse de recursos do Piso da Vigilância e Promoção da Saúde	Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância epidemiológica (DG-IAEVE)	Nº de municípios com envio irregular do Sim, Sinasc ou Sinan no trimestre/Total de municípios x 100	0%
Componente: Fortalecimento da Capacidade Institucional				
Subcomponente: Gestão de pessoas				
% de municípios com o gestor da vigilância em saúde com especialização (* <i>Latu</i> ou <i>Stricto Sensu</i> em vigilância em saúde, epidemiologia, saúde pública / coletiva, ou área afim)	Verificar a qualificação dos gestores da vigilância no âmbito municipal	Gerência Regional de Saúde (GERES)	Nº de gestores da vigilância em saúde dos municípios com especialização* no trimestre/total de municípios x 100	> 60%
Componente: Articulação				
Subcomponente: Articulação entre os componentes de Vigilância em Saúde				
% de reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) com discussões de temas da Vigilância em Saúde	Fomentar o processo de discussão da Vigilância em saúde nas CIR	Ata das reuniões	Nº de reuniões da CIR com discussão de temas da VS/total de reuniões x 100	> 30%
Subcomponente: Articulação entre a Vigilância e Atenção à Saúde				
% de municípios > 50 mil hab. com grupo técnico (GT) para discussão de óbitos maternos em funcionamento	Fortalecer estratégias de atuação conjunta entre a Atenção à saúde e a VS	Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância epidemiológica (DG-IAEVE)	Nº de municípios > 50 mil hab com GT de discussão de óbitos maternos em funcionamento/total de municípios > 50 mil hab. x 100	100%

continua

mocrática e participativa, aumentando o envolvimento, a sensação de pertencimento e a responsabilização dos envolvidos, o que contribui para a qualificação das ações e o fortalecimento da capacidade de gestão da VS.

Para tanto, os dados devem ser organizados e sistematizados de forma a facilitar o diálogo e o acompanhamento dos indicadores e dos encaminhamentos realizados. Esta questão é considerada um aspecto crítico no uso das avaliações⁸. Na Figura 2 observa-se o layout da apresentação utilizada nas reuniões de monitoramento. Nela

pode-se observar: (a) o componente e o sub-componente; (b) o indicador e a meta/padrão; (c) os resultados e respectivo status (padrão/meta alcançada, não alcançada e parcialmente alcançada) por trimestre; e (d) espaço denominado de nota técnica, no qual são redigidas particularidades técnicas e um maior detalhamento do indicador, bem como as estratégias de superação dos problemas identificados.

Outro aspecto que facilita a operacionalidade e aumenta a adesão é o registro em ata, na qual é explicitado o assunto discutido, os enca-

Quadro 2. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Informação e Comunicação				
Subcomponente: Coleta				
% de municípios com pelo menos 90% do número de casos notificados de hanseníase ao esperado	Verificar a subnotificação de agravos prioritários	Sinan	Nº de municípios com pelo menos 90% do número de casos notificados de hanseníase igual ao esperado até o trimestre/total de municípios x 100	75% Obs: total de casos esperados no trimestre. Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5%/4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
% de municípios com cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) > 90%	Verificar a captação de óbitos	SIM	nº de municípios com cobertura do SIM > 90% até o trimestre/total de municípios x 100	> 90% Obs: total de casos esperados no trimestre Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5% / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
% de municípios com cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) > 95%	Verificar a captação de nascidos vivos	Sinasc	Nº de municípios com cobertura do Sinasc > 95% até o trimestre/total de municípios x 100	> 90% Obs: total de casos esperados no trimestre Nº de casos detectados no ano anterior acrescido de 5% / 4 x Nº do trimestre (1, 2, 3 ou 4)
Subcomponente: Processamento				
% de municípios que investigaram 100% dos óbitos maternos declarados em tempo oportuno	Identificar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes	SIM	Nº de municípios com 100% dos óbitos maternos declarados investigados em tempo oportuno até o trimestre/total de municípios que tiveram óbitos maternos até o trimestre x 100	100% OBS: tempo oportuno -120 dias da ocorrência do óbito
% de municípios com pelo menos 50% dos óbitos infantis investigados em tempo oportuno	Identificar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes	SIM	Nº de municípios com pelo menos 50% dos óbitos infantis investigados em tempo oportuno até o trimestre/total de municípios que tiveram óbitos infantis notificados até o trimestre x 100	100% OBS: 1) tempo oportuno - 120 dias da ocorrência do óbito 2) exclui os óbitos fetais
Subcomponente: Análise				
% de municípios com encerramento oportuno > 80% doenças agudas de notificação compulsória (DANC)	Verificar a agilidade do sistema de Vigilância epidemiológica	Sinan	Nº de municípios com encerramento oportuno > 80% de DANC até o trimestre/Total de municípios com DANC notificadas até o trimestre x 100	> 45%
% de municípios com pelo menos 90% de causa de óbito definida	Verificar a qualidade da informação e a qualidade /acesso à assistência	SIM	Nº de municípios com pelo menos 90% de causa de óbito definida no trimestre/total de municípios x 100	100%
Subcomponente: Disseminação				
% de municípios que discutiram pelo menos uma pauta de Vigilância em Saúde no Conselho Municipal de Saúde (CMS) no trimestre	Alimentar o controle social, aumentar a autonomia do cidadão	Ata do CMS	Nº de municípios que discutiram pelo menos uma pauta da VS no CMS no trimestre/total de municípios x 100	> 80%

continua

Quadro 2. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças transmissíveis				
% de municípios que obtiveram > 75% de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero	Verificar o êxito do Programa de Controle da Tuberculose	Sinan	Nº de municípios que obtiveram > 75% de cura dos casos novos de TB até o trimestre/total de municípios que tiveram casos diagnosticados de tuberculose até o trimestre x 100	> 50%
% de municípios que obtiveram > 25, 50, 75, 85% (por trimestre, respectivamente) de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, expressando sua efetividade em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, reduzindo assim, os focos de contágio da doença e contribuindo para prevenir incapacidades físicas	Sinan	Nº de municípios que obtiveram > 25, 50, 75, 85% (por trimestre, respectivamente) de cura dos casos novos de hanseníase até o trimestre avaliado/Total de municípios com casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes x 100	> 75%
% de municípios que tiveram casos notificados e examinaram > 60% dos contatos intradomiciliares de hanseníase no período avaliado	Verificar a captação de casos novos de hanseníase em estágios iniciais	Sinan	Nº de municípios que tiveram casos notificados e examinaram > 60% dos contatos intradomiciliares de hanseníase até o trimestre/ Total de municípios que tiveram casos novos até o trimestre x 100	> 50%
% de municípios que notificaram pelo menos um caso de hepatite B ou C	Estimular a notificação de casos de hepatites virais (B ou C)	Sinan	Nº de municípios que notificaram pelo menos um caso suspeito de hepatites virais (B ou C) até o trimestre/total de municípios x 100	> 90%/ano (45% no 1º trimestre, 60% até o 2º trimestre; 75% até o 3º e 90% no ano)
% de municípios que notificaram pelo menos um caso de sífilis congênita	Estimular a notificação dos casos de sífilis congênita	Sinan	Nº de municípios que notificaram pelo menos um caso de sífilis congênita até o trimestre/total de municípios x 100	> 90%/ano (45% no 1º trimestre, 60% até o 2º trimestre; 75% até o 3º e 90% no ano)

continua

minhamentos, os prazos e os responsáveis. Além disso, é necessário que a execução dos aspectos registrados em ata sejam monitorados para que os objetivos traçados sejam alcançados.

Considerações Finais

A Vigilância em Saúde pode ser entendida como um subsistema do Sistema Nacional de Saúde e como tal as preocupações em torno da qualifica-

ção dos processos de gestão se fazem presentes. Contudo, considerando as especificidades e as peculiaridades das Secretarias Estaduais de Saúde e os graus variados de implantação e descentralização das ações de VS, não se pretende que o instrumento apresentado seja rígido, reproduzível em todos os estados. Pretende-se, sobretudo, contribuir com a concepção teórica na construção e elaboração deste tipo de instrumento e fomentar o debate acerca de sua aplicabilidade e utilização. Os painéis podem e devem ser adap-

Quadro 2. continuação

Indicador	Objetivo	Fonte de Informação	Forma de Cálculo	Padrão/Meta
Componente: Situação de Saúde				
Subcomponente: Doenças e agravos não transmissíveis				
Nº de municípios com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas	Verificar a cobertura da notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências	Sinan	Nº absoluto	41 municípios (30 no 1º trimestre, 33 até o 2º trimestre; 37 até o 3º e 41 no ano)
Nº de municípios com notificação da intoxicação exógena implantada	Verificar a cobertura da notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências	Sinan	Nº absoluto	44 municípios (32 no 1º trimestre, 36 até o 2º trimestre; 40 até o 3º e 44 no ano)
Subcomponente: Vigilância ambiental				
% de municípios que realizaram pelo menos 5, 15, 25, 35% (no trimestre, respectivamente) das análises da qualidade da água para o parâmetro de coliformes totais	Monitorar a qualidade da água, para o parâmetro coliforme total, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano	SISÁgua	Nº de municípios que realizaram pelo menos 5, 15, 25, 35% (no trimestre, respectivamente) das análises da qualidade da água para o parâmetro de coliformes totais no trimestre/total de municípios x 100	> 30%

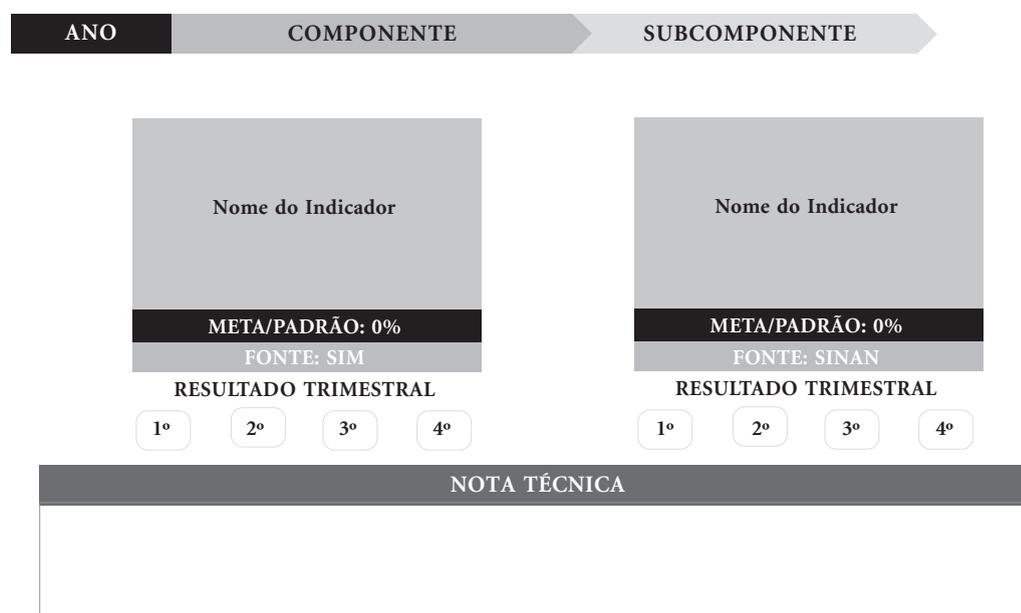


Figura 2. Modelo lógico da gestão da vigilância em saúde estadual

tados às necessidades e realidades locais com a inclusão (ou exclusão) de indicadores ou de componentes e subcomponentes a depender do contexto loco-regional.

A escolha dos indicadores dependerá de quais aspectos da gestão serão mensurados/monitorados, da disponibilidade de informação e dos recursos (financeiros e humanos) empregados para esta atividade. Além disso, o seu nível de desagregação pode variar em função de necessidades específicas e prioridade de cada ente federado.

Outra questão que merece destaque é a revisão periódica do modelo lógico, no intuito de readequá-lo, para contemplar novos aspectos ou outros não previstos que aparecem com o desenvolvimento dos processos de gestão e até mesmo devido a características contextuais que imprimem a necessidade de monitorar determinados aspectos não pensados/priorizados anteriormente, a exemplo da estruturação dos Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP)¹⁵. Ressalta-se também a necessidade de ajustes periódicos nos padrões estabelecidos, uma vez que um dos objetivos dos painéis é acompanhar as variações ocorridas no decorrer do tempo e ser indutor de mudanças. Uma vez atingido determinada meta deve-se ajustá-la com o intuito de promover melhoria contínua dos resultados institucionais.

Os conceitos apresentados na literatura acerca da prática de monitoramento focam eminentemente sua função instrumental. Considerada como um acompanhamento sistemático e contínuo de informações relevantes que auxilia o processo de tomada de decisão, esta prática torna-se muitas vezes restrita a ações repetitivas, irrefletidas e burocráticas que não permitem a interpretação das mudanças no contexto das ações, apresentando uma simplificação exagerada da realidade, que cega os agentes a aspectos importantes da organização como um todo. Por vezes, é utilizada no sentido punitivo de identificar unicamente erros ou desvios, perdendo-se a oportunidade de fazer deste processo uma prática formativa onde erros e falhas,

resultantes de inovações ou experimentos com vistas a melhores resultados, tornem-se elementos de um processo de aprendizagem pessoal e organizacional, consideradas lições aprendidas para a qualificação do processo de gestão.

Os objetivos do monitoramento, aqui proposto, extrapolam o subsídio à tomada de decisão orientada por evidências e passam a abarcar questões que visam o desenvolvimento pessoal dos envolvidos e da instituição a qual se destina. Por meio de uma discussão reflexiva, o monitoramento deixa de ser apenas “um acompanhamento sistemático das informações...” frias e distantes, e passa a ter como objeto a procura de sentido daquelas informações pelos que as utilizam. Desta forma, torna-se um potente instrumento de democratização da informação sobre os objetivos, as metas e os resultados alcançados pelas instâncias de gestão e pelos espaços de controle social, favorecendo o empoderamento e a mobilização social.

Por fim, salienta-se a necessidade da análise integrada do conjunto dos indicadores e das dimensões do desempenho da gestão da vigilância. O mau desempenho de uma dimensão pode afetar o de todo o sistema. Além disso, deve-se ter em mente que o monitoramento por ser um processo sistemático e contínuo é, portanto, bastante sensível para captar mudanças. Assim, a definição da periodicidade do monitoramento vai depender dos objetivos pretendidos. Numa perspectiva formativa, que permita a correção das ações ainda durante sua execução, a adoção de uma periodicidade inferior a seis meses é recomendada. Períodos muito longos não permitem o acompanhamento das ações desencadeadas e a reflexão sobre sua pertinência, assim como períodos muito curtos não permitem observar as mudanças desejadas. A periodicidade ideal para cada sistema de monitoramento deve ser pensada a partir do contexto e da disponibilidade de recursos (tempo e pessoas) para coleta e processamento das informações.

Colaboradores

JMBS Costa trabalhou na concepção, delineamento e redação do artigo; E Felisberto; LCA Bezerra na concepção, redação e revisão crítica; IC Samico e EAP Cesse na redação final e revisão crítica.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os técnicos e gestores que compõem a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco pelo empenho e preciosas contribuições na elaboração dos painéis de monitoramento.

Referências

1. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico, I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2009; 9(3):339-357.
2. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4): 901-911.
3. Silva Júnior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2009.
5. Brasil. Portaria Nº 2203, de 05 de dezembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. *Diário Oficial da União* 1996; 6 dez.
6. Albuquerque MIK, Carvalho EMF, Lima LP. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2002; 2(1):7-14.
7. McCann D. A performance management, a tool for organization change. *Infoletter* 2008; 5(2):7.
8. Lahey R. *The Canadian M&E System: lessons learned from 30 years of development*. Washington: World Bank; 2010. (ECD Working series, nº 23).
9. Pernelle S. Performance management: a holographic relationship? *Infoletter* 2008; 5(2):1-8.
10. Champagne F, Contrandiopoulos AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP, Hartz Z, Gerhir M, Nguyn A, organizadores. *Saúde e Cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec*. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.
11. Hartz ZMA, Ferrinho P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: Hartz ZMA, Ferrinho P. *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Lisboa: Editora Gradiva; 2011. p. 58-79.
12. United States Agency for International Development (USAID). *Evaluation Policy*. Washington: USAID; 2011.
13. Brasil. Lei 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. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
14. Brasil. Portaria N. 3252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 23 dez.
15. Brasil. Decreto N. 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080 de 1990. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
16. Silva GAP, Vieira-da-Silva LGM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11):2463-2475.

17. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Marcinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):711-724.
18. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de Sistemas de saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):921-934.
19. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med* 1973; 288(4):189-194.
20. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drummond Júnior M, Bezerra LCA, Calvo MCM, Miranda AS. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação do SUS. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):839-849.
21. Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *RAP* 2003; 37(5):962-969.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Instrutivo para a programação das ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2012.
23. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
24. Preskill H, Caracelli V. Current and developing conceptions of use: evaluation use tig survey results. *Am J Eval* 1997; 18(3):209-225.
25. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2095-2105.
26. Weiss CH, Murphy-Graham E, Birkeland S. An alternative route to policy influence: how evaluation affect DARE. *Am J Eval* 2005; 26(1):12-30.
27. Fleischer DN, Christie CA. Evaluation use: results from a survey of US American Evaluation Association Members. *Am J Eval* 2009; 30(2):158-175.
28. Silva RR, Brandão D. Os quarto elementos da avaliação. *Olho Mágico – Boletim da Rede Unida* 2003; 10(2):59-66.
29. Brasil. Portaria MS Nº 2.914 de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial da União* 2011; 14 dez.
30. Raoufi M. Avoiding information overload: a study on individual's use of communication tools. *Proceedings of the 36th Hawaii Conference on System Sciences* 2002. [cited 2012 Dez 29]. Available from: <http://www.hicss.hawaii.edu/HICSS36/HICSSpapers/ETEPO06.pdf>
31. Falconi V. *O Verdadeiro Poder: práticas de gestão que conduzem a resultados revolucionários*. 1ª Edição. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda.; 2009.