



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Soares de Vasconcelos, Camila; Germano de Frias, Paulo  
Avaliação da Vigilância da Síndrome Gripal: estudo de casos em unidade sentinel  
Saúde em Debate, vol. 41, núm. 1, marzo, 2017, pp. 259-274  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406351219020>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Avaliação da Vigilância da Síndrome Gripal: estudo de casos em unidade sentinel

*Evaluation of the Influenza-like Syndrome Surveillance: case studies in sentinel unit*

Camila Soares de Vasconcelos<sup>1</sup>, Paulo Germano de Frias<sup>2</sup>

**RESUMO** O artigo descreve a avaliação de implantação da Vigilância da Síndrome Gripal em Pernambuco por meio de pesquisa avaliativa que compreendeu a determinação do grau de implantação, a análise de contexto político-organizacional e da influência deste sobre o grau. Foram elaborados um modelo lógico e uma matriz de indicadores, e a análise do contexto baseou-se no Triângulo de Governo, de Matus, no projeto de governo, na capacidade de governo e na governabilidade. Identificou-se que a estratégia está implantada em uma das seis unidades avaliadas, que o grau é influenciado de forma variada pelo contexto e que características políticas e organizacionais mais favoráveis podem contribuir para o alcance de graus mais avançados.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Vigilância de evento sentinel. Influenza humana. Vigilância epidemiológica.

**ABSTRACT** *The article describes the implementation of the Influenza-like Syndrome Surveillance in Pernambuco through an evaluative research that incorporated the degree of implementation, the political and organizational context analysis and its influence on the implementation degree. A logic model and a matrix of indicators were developed, and a context analysis was employed based on Matus Government Triangle: government project, government capacity, and governability. It was identified that the strategy is implemented in one of the six units assessed, that the degree is influenced in different ways by the context and that more favorable policies and organizational characteristics can contribute to the achievement of more advanced degrees.*

**KEYWORDS** *Health evaluation. Sentinel surveillance. Influenza, human. Epidemiological surveillance.*

<sup>1</sup>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.  
cvascon2000@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.  
pfrrias@imip.org.br

## Introdução

A gripe é uma infecção aguda do sistema respiratório causada pelo vírus da *influenza*, cuja importância está associada à elevada capacidade de transmissão e à presença de complicações que podem levar a hospitalizações e morte (SAKAY, 2010). A sua rápida disseminação entre os países, ocasionada pelo desenvolvimento do comércio internacional e pela diminuição das barreiras geográficas, pode ser responsável pelo surgimento de pandemias, com repercussões na economia mundial e nas políticas de saúde, motivo de alerta para autoridades sanitárias e objeto de vigilância nacional e internacional (GRECO; TUPINAMBÁS; FONSECA, 2009).

No Brasil, a Vigilância Epidemiológica da *Influenza* foi iniciada em 2000, com a vigilância dos casos de síndrome gripal em unidades de saúde sentinela (BARROS ET AL., 2004). Desde então, novas estratégias foram adotadas como consequência da pandemia do vírus *influenza A(H1N1)* e para aprimorar a vigilância. Houve implantação da Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em todos os pacientes hospitalizados e em óbitos; ampliação da vigilância sentinela com definição de novas unidades sentinela para os casos de síndrome gripal; e implantação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sentinela para os casos de SRAG (REIS ET AL., 2011).

A Vigilância Epidemiológica da *Influenza* tem como objetivos: a identificação dos vírus respiratórios para adequação da vacina *influenza* sazonal e caracterização da patogenicidade e virulência, visando à orientação terapêutica em cada período sazonal; o isolamento de espécimes virais e seu envio ao Centro Colaborador de *Influenza* da Organização Mundial da Saúde (OMS); a garantia da representatividade mínima da circulação viral em todos os estados do País; e a identificação precoce de novo subtipo viral (BRASIL, 2013).

As informações produzidas por essa

vigilância no Brasil, em 2013, permitiram mostrar que, do total de casos (36.134) e óbitos (4.328) notificados de SRAG, 16,4% (5.935) e 22,1% (955) foram confirmados para *influenza*, respectivamente. Dos casos e óbitos confirmados, 62,9% (3.733) e 80,3% (768), respectivamente, foram ocasionados pelo tipo A(H1N1)pdm09, tendo as regiões Sul e Sudeste o maior número de registros (BRASIL, 2013).

Em Pernambuco, em 2013, foram notificados 1.098 casos de SRAG e 35 óbitos, sendo, respectivamente, 2,7% (30) e 8,6% (3) positivos para o vírus da *influenza*. Com relação à síndrome gripal, foram registrados pela vigilância sentinela 21.515 atendimentos e coletadas 364 amostras, que correspondem a 35,8% do total preconizado. Destas, 15,1% tiveram positividade para *influenza* e outros vírus respiratórios.

A vigilância dos casos de síndrome gripal em unidades sentinela constitui-se em atividade estratégica para a Vigilância Epidemiológica da *Influenza*, porque auxilia no conhecimento da situação epidemiológica e na prevenção e controle da rápida disseminação da *influenza*, impedindo ou reduzindo o impacto negativo sobre as condições de saúde da população. Entretanto, identificam-se problemas para o bom desempenho dessa vigilância, sejam esses provenientes de dificuldades estruturais do sistema de saúde ou da ausência de integração entre as ações de vigilância e as ações assistenciais nos serviços (BEZERRA ET AL., 2009).

A implantação dessa vigilância no Brasil e nos estados requer um amplo esforço institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) para que seus objetivos sejam alcançados. Por isso, processos avaliativos podem ajudar a planejar essa intervenção no momento de sua implantação, como também, fornecer informações capazes de melhorá-la, contribuindo para a saúde da população (DENIZ; CHAMPAGNE, 1997). A avaliação de sistemas de vigilância tem propiciado que somente problemas importantes sejam monitorados de

forma eficiente e efetiva e que as deficiências detectadas possam ser objeto de recomendações para a sua melhoria (SILVA JUNIOR, 2004).

Estudos utilizando as diretrizes propostas pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) para avaliação de sistemas de vigilância sentinel da *influenza* vêm sendo realizados. Essas pesquisas envolveram a avaliação de atributos como aceitabilidade, valor preditivo positivo (AGUILERA; PAGET; VAN DER VELDEN, 2002), sensibilidade, especificidade, representatividade e oportunidade (SKEWES-RAMM, 2009). Outras pesquisas avaliaram a viabilidade e a sustentabilidade em longo prazo (KEBEDE ET AL., 2013). Estudos que avaliaram a implantação dessa intervenção, observando se o grau de operacionalização das ações é sensível às variações contextuais das unidades de saúde sentinel e nos municípios, não foram encontrados.

Este estudo teve como objetivo avaliar a implantação da Vigilância da Síndrome Gripal no estado de Pernambuco no ano de 2014, observando a relação entre o contexto político-organizacional das unidades de saúde sentinel, dos municípios e do estado e o seu grau de implantação (GI).

## Métodos

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, observando a variação do contexto político-organizacional e sua relação com o GI das unidades de saúde que realizam a Vigilância da Síndrome Gripal. A estratégia adotada foi o estudo de casos múltiplos com os níveis de análise imbricados: estadual, municipal e unidades de saúde.

Foram estudadas as seis unidades de saúde que compõem a Vigilância da Síndrome Gripal em Pernambuco, das quais, três estão situadas na capital Recife: Unidade Recife 1 e Unidade Recife 2, ambas com início das atividades em 2005, e a Unidade Recife 3, em 2013. Foram iniciadas, nesse mesmo

ano, três unidades de saúde localizadas nos municípios de Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista, municípios da Região Metropolitana de Recife. Cada unidade de saúde foi considerada um ‘caso’.

Para explicar como está organizada a Vigilância da Síndrome Gripal no estado, foi elaborado um Modelo Teórico-Lógico, composto por dois componentes principais: ‘gestão’ e ‘desenvolvimento das ações’, divididos em subcomponentes, com suas respectivas atividades e resultados intermediários e finais. O modelo explicita a forma como essa intervenção deve ser implantada nos municípios e em suas respectivas unidades de saúde e quais são os resultados esperados (*figura 1*).

Para determinar o GI da Vigilância da Síndrome Gripal foi construída uma matriz de análise e julgamento, com o intuito de estabelecer se os componentes gestão e desenvolvimento das ações estão em conformidade com a legislação e as práticas vigentes. Para isso, foi estabelecida uma pontuação máxima para cada componente e subcomponente, sendo ela distribuída para os respectivos indicadores de acordo com a importância que apresentava para a Vigilância da Síndrome Gripal. A matriz foi validada pela Coordenação Estadual da Vigilância Epidemiológica da *Influenza* (*quadro 1*).

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário semiestruturado, utilizando os indicadores descritos na Matriz de Análise e Julgamento. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2015 e respondidas pelos responsáveis técnicos e pelo coordenador da Vigilância da Síndrome Gripal nas unidades de saúde e nos municípios. Os dados secundários foram coletados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe, tendo como referência o ano de 2014.

O GI foi obtido a partir de indicadores de estrutura e processo de cada componente e subcomponente, e, para o seu cálculo, foi utilizada a relação entre a pontuação alcançada

e a pontuação atribuída para cada indicador, classificado em: implantado:  $\geq 80\%$ ; parcialmente implantado:  $\geq 50$  e  $< 80\%$ ; e não implantado:  $< 50\%$ .

A análise do contexto político-organizacional baseou-se no modelo Político e Contingente, que considera a organização uma “arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 67). Esse modelo privilegia a perspectiva política, entretanto, sofre influência das características estruturais da organização, que também são consideradas pelos atores na busca de suas estratégias respectivas.

Para a operacionalização do modelo Político e Contingente utilizaram-se as categorias de análise do Triângulo de Governo de Matus (MATUS, 1997), que envolve projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. O projeto de governo corresponde ao conjunto de ações propostas pelos gestores locais com o intuito de alcançar os objetivos da intervenção. A capacidade de governo relaciona-se à capacidade de liderança, aliada à experiência e aos conhecimentos técnicos do líder e da sua equipe de governo. A governabilidade expressa o poder de um ator para realizar seu projeto.

Para coleta de dados, foi aplicado um questionário com perguntas abertas, elaboradas com base nos indicadores elencados para análise de contexto, cujos respondentes foram o gerente e o responsável técnico pela

Vigilância da Síndrome Gripal na unidade de saúde, o diretor da vigilância à saúde e o coordenador da Vigilância da Síndrome Gripal municipal e o estadual. Todos os questionários foram aplicados por pesquisadores externos, previamente treinados, a fim de que as respostas dos entrevistados não fossem influenciadas por eles além do aceitável. Também foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente.

Para o julgamento do contexto político-organizacional, cada indicador, em cada nível de análise, foi interpretado quanto à influência do contexto, e estabelecida uma classificação: favorável, pouco favorável ou desfavorável. Em seguida, foi obtida uma síntese da categoria por ‘caso’.

O contexto político foi confrontado com o GI com o intuito de analisar se há coerência entre as características políticas e organizacionais e o grau de operacionalização da vigilância em cada uma das unidades de saúde sentinela consideradas como caso. Para isso, foi construído um quadro que possibilitasse relacionar cada componente com as categorias do contexto e seus aspectos.

As informações coletadas nas entrevistas foram inseridas no programa Excel, para análise descritiva dos dados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, de acordo com a resolução 466/2012 e parecer de nº 4492 – 14.

Figura 1. Modelo teórico-lógico da Vigilância da Síndrome Gripal em unidades sentinelas. Pernambuco, 2015



Siglas: SG – Síndrome Gripal;

US – Unidade Sentinel;

Sivep-Gripe – Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe.

Quadro 1. Matriz de análise e julgamento do grau de implantação da Vigilância da Síndrome Gripal. Pernambuco, 2015

Componente	Sub componente	Responsável	Indicador	Pontuação esperada	Descrição do valor ou ponto de corte
Planejamento (20 pt)	Municipal	Município com Termo de Adesão à VSG submetido à CIB	10	Sim = 10pt; Não = 0 pt	
		Município com proposta de implantação da VSG em US	10	Sim = 10pt; Não = 0 pt	
	Financiamento (60 pt)	Presença de material de expediente	2	Sim = 2pt; Não = 0 pt	
		Presença de computador com internet e impressora	8	Sim = 8pt; Não = 0 pt	
		Presença de sala de coleta com espaço físico adequado	6	Sim = 6 pt; Não = 0 pt	
		Presença de refrigerador exclusivo para acondicionamento do meio de transporte viral	7	Sim = 7 pt; Não = 0 pt	
		Presença de EPI suficiente (5 coletas/semana)	6	Sim = 6 pt; Não = 0 pt	
	Municipal	Presença de insumos para coleta de amostras de secreção oro e nasofaringea suficiente (5 coletas/semana)	9	Sim = 9 pt; Não = 0 pt	
		Presença de caixa térmica para transporte de amostra	6	Sim = 6 pt; Não = 0 pt	
		Presença de veículo para transporte de amostras	6	Sim = 6 pt; Não = 0 pt	
	Município com recursos financeiros para implantação da VSG		10	(100% = 10 pt); ( $\geq 70\%$ e $<100\%$ = 7pt); ( $\geq 50\%$ e $< 70\%$ = 4pt); ( $< 50\%$ = 2 pt)	
Gestão (160 pt)	Capacitação (40 pt)	Estadual	Capacitações realizadas na US sobre o Sivep-Gripe	10	Sim = 10 pt; Não = 0 pt
		US	Capacitações realizadas na US sobre a coleta de amostra clínica	10	Sim = 10 pt; Não=0 pt
		US	Tempo de envolvimento do técnico com a VSG	20	$\geq 1$ ano = 20 pt; <1 ano = 10pt
	US		US com monitoramento das metas da VSG realizado periodicamente	10	Semanal = 10pt; Mensal = 6pt; Semestral = 2pt; Anual = 1pt; Não monitora = 0 pt
			SMS com monitoramento das metas da VSG realizado periodicamente	10	Mensal = 10pt; Semestral = 5pt; Anual = 2 pt Não monitora = 0 pt
	Monitoramento (40 pt)	Estadual	Visitas de monitoramento realizadas pela SES à US	10	2/ano = 10 pt 1/ano = 5 pt não recebeu visita = 0pt
		US	US com boletins/informes epidemiológicos produzidos periodicamente	2	Semestral = 2 pt; Anual = 1 pt; Não produz = 0 pt
		Municipal	SMS com boletins/informes epidemiológicos produzidos periodicamente	4	semestral = 4 pt anual = 2 pt não produz = 0 pt
		Estadual	SES com boletins/informes epidemiológicos produzidos periodicamente	4	semestral = 4 pt anual = 2 pt não produz = 0 pt

Quadro 1. (cont.)

		Presença de VEH na US	10	Sim = 10 pt; Não = 5 pt
Coleta de Dados (30 pt)	US	% de semanas com informação de agregado semanal de atendimento por SG		(≥90% = 20pt); (≥70% e <90% = 15pt); (≥50% e <70% = 10pt); (≥0 e <50% = 5pt); (0 = 0pt)
Desenvolvimento das Ações (90 pt)		% de casos de SG coletados por semana em relação ao preconizado		(≥80% = 20pt); (≥60% e <80% = 15pt); (≥40% e <60% = 10pt); (≥0 e <40% = 5pt); (0 = 0 pt)
Diagnóstico (60 pt)	US	% de casos de SG com digitação do resultado		(≥80% = 10pt); (≥50% e <80% = 8 pt); (≥20% e <50% = 5pt); (≥0 <20% = 2pt); (0 = 0 pt)
		% de amostras coletadas enviadas ao Lacen em relação ao preconizado		(≥80% = 20pt); (≥60% e <80% = 15pt); (≥40% e <60% = 10 pt); (≥0 e <40% = 5pt); (0 = 0pt)
		% de casos de SG encerrados		(≥ 80% = 10 pt); (≥70% e <80% = 8 pt); (≥50% e <70% = 5 pt); (≥0 e <50% = 2 pt); (0 = 0 pt)

Siglas: VSG - Vigilância da Síndrome Gripal; CIB - Comissão Intergestora Bipartite; US - Unidades de Saúde Sentinel; EPI - Equipamento de Proteção Individual; Sivep-Gripe - Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe; SMS - Secretaria Municipal de Saúde; SES - Secretaria Estadual de Saúde; VEH - VE Hospitalar; SG - Síndrome Gripal; Lacen - Laboratório Central de Saúde Pública.

## Resultados

### Grau de implantação da vigilância sentinel da síndrome gripal

Na análise do GI das unidades de saúde, verificou-se que a vigilância sentinel da síndrome gripal está implantada apenas em uma das seis unidades de saúde avaliadas. Em outras duas, o GI foi de 59,0% e 71,3%, classificadas como implantação parcial, enquanto nas três não implantadas a proporção variou de 20,5% a 49,2% (*quadro 2*).

O subcomponente com maior grau de implantação foi ‘coleta de dados’, que apresentou um GI maior que 80% em todas as unidades de saúde, com exceção de uma (GI=50%). Com menor proporção de cumprimento das atividades, apresentou-se o subcomponente ‘diagnóstico’ (GI<45%), exceto uma, com GI=100%.

No âmbito municipal, observou-se implantação parcial da Vigilância da Síndrome Gripal, exceto um deles, considerado não implantado (GI=34%). O subcomponente com maior homogeneidade e grau de implantação foi o de ‘planejamento das ações’, com GI=100% em todos os municípios.

Os subcomponentes ‘financiamento’ e ‘monitoramento e avaliação’ apresentaram variações no cumprimento de atividades de acordo com cada município. A menor proporção de implantação no primeiro subcomponente correspondeu a 20%, e a maior 90%. No subcomponente ‘monitoramento e avaliação’, dois municípios não desenvolviam tais atividades (GI=0%), enquanto os demais alcançaram GI=71,4%.

O nível estadual apresentou GI=88,2%, em decorrência da realização, pelo estado, da maior parte das atividades preconizadas pela Vigilância da Síndrome Gripal.

Quadro 2. Número e proporção do GI alcançado por componente, subcomponente e níveis de análise. Pernambuco, 2015

Componente/ Subcomponente	Pontuação esperada	US												
		Pontuação alcançada												
		Recife 1		Recife 2		Recife 3		Jaboatão dos Guararapes		Paulista		Olinda		
		Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Gestão</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>100</b>		<b>20</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>93,8</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>62,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Planejamento das ações	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Financiamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capacitação	20	20	100		10	50	20	100	20	100	20	100	0	0
Monitoramento	12	12	100		10	83,3	10	83,3	12	100	0	0	0	0
<b>Desenvolvimento das ações</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>100</b>		<b>52</b>	<b>57,8</b>	<b>30</b>	<b>33,3</b>	<b>55</b>	<b>61,1</b>	<b>25</b>	<b>27,8</b>	<b>25</b>	<b>27,8</b>
Coleta de dados	30	30	100		25	83,3	30	100	30	100	25	83,3	15	50
Diagnóstico	60	60	100		27	45	0	0	25	41,7	0	0	10	16,7
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>100</b>		<b>72</b>	<b>59</b>	<b>60</b>	<b>49,2</b>	<b>87</b>	<b>71,3</b>	<b>45</b>	<b>36,9</b>	<b>25</b>	<b>20,5</b>
SMS														SES
Componente/ Subcomponente	Pontuação esperada	Pontuação alcançada						Pontuação esperada		Pontuação alcançada				
		Olinda		Recife		Jaboatão dos Guararapes		Paulista						
		Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Gestão</b>	<b>94</b>	<b>74</b>	<b>78,7</b>		<b>70</b>	<b>74,1</b>	<b>69</b>	<b>73,4</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>88,2</b>	
Planejamento das ações	20	20	100		20	100	20	100	20	100	-	-	-	-
Financiamento	60	54	90		40	66,1	39	65	12	20	-	-	-	-
Capacitação	-	-	-		-	-	-	-	-	-	20	20	100	
Monitoramento	14	0	0		10	71,4	10	71,4	0	0	14	10	71,4	
<b>Desenvolvimento das ações</b>	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coleta de dados	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>74</b>	<b>78,7</b>		<b>75</b>	<b>79,8</b>	<b>69</b>	<b>73,4</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>88,2</b>	

Siglas: US – Unidades Sentinelas; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

## Contexto político-organizacional da vigilância sentinelada da síndrome gripal

### NÍVEL LOCAL (UNIDADE DE SAÚDE)

O contexto do nível de análise local influenciou de forma variada a implantação da

Vigilância da Síndrome Gripal nas unidades de saúde, sendo identificados aspectos positivos e negativos a partir das categorias do Triângulo de Governo, proposto por Matus. O quadro 3 mostra algumas falas dos entrevistados, que traduzem o contexto político-organizacional no qual estão inseridas as unidades de saúde, os municípios e o estado.

Com relação ao projeto de governo, os

contextos mais favoráveis para a implantação da Vigilância da Síndrome Gripal foram observados naquelas unidades cuja equipe possuía um elevado grau de comprometimento que, mesmo na ausência de investimentos financeiros, buscava o cumprimento das metas e o aprimoramento da vigilância. Além desse aspecto, também foi favorável o apoio da gestão municipal, por meio da disponibilização de recursos humanos e financeiros para estruturação da vigilância local. As dificuldades que prejudicaram a implantação foram a ausência e a rotatividade de profissionais e gestores.

Quanto à categoria ‘capacidade de governo’, identificaram-se mais aspectos favoráveis à implantação do que desfavoráveis. Destacam-se a capacidade técnica e a experiência em saúde pública dos gestores locais e técnicos responsáveis pela intervenção e evidência de mobilização e articulação dos entrevistados com gestores, profissionais da assistência e do laboratório, no sentido de estruturar a unidade de saúde para atender às demandas do programa. Ações pontuais também foram observadas, como motivação e valorização da equipe e reestruturação do núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Esses aspectos só não foram observados em uma unidade de saúde, com contexto desfavorável nessa categoria.

No que se refere à governabilidade, há a participação dos gestores locais e técnicos no processo de decisão das ações na unidade de saúde e autonomia para resolução de conflitos internos, porém, esta é limitada quando as dificuldades para a organização do serviço dependem de recurso financeiro. A participação nas decisões só não foi observada para os técnicos em três unidades de saúde, sendo identificada como aspecto que pode fragilizar a vigilância.

#### NÍVEL MUNICIPAL

O contexto do nível municipal foi pouco favorável à implantação da Vigilância da

Síndrome Gripal nas unidades de saúde. Na categoria ‘projeto de governo’, foi identificada a pouca ou a ausência de prioridade para a estratégia, com subutilização da informação e não utilização do recurso financeiro, aspecto não homogêneo em todos os municípios.

Na categoria ‘capacidade de governo’, todos os entrevistados mostraram capacidade técnica e experiência em saúde pública e em vigilância epidemiológica, com propostas de revisão de fluxos e atribuições, estímulo às capacitações de técnicos e o emprego de estratégias para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da vigilância epidemiológica. Este último, colocado como um dos principais problemas enfrentados, além da escassez de recursos humanos.

Foi identificado que tanto o técnico quanto o gestor se articularam com os atores necessários para a implantação da Vigilância da Síndrome Gripal, todavia, relataram a dificuldade de influenciá-los sobre a importância da intervenção, evidenciando pouca capacidade de liderança e, portanto, contexto pouco favorável à implantação. Com relação às instâncias de controle social, de forma geral, essa comunicação não existiu por ser considerada um problema específico, que não despertaria interesse.

Quanto à governabilidade, a existência de financiamento específico para a estratégia deveria facilitar a sua utilização, garantindo certa autonomia aos gestores da vigilância em saúde. Todavia, a burocracia e o interesse do gestor dificultaram a sua operacionalização e influenciaram a autonomia gerencial, limitando o seu campo de atuação. Concomitantemente, a dependência de outros setores foi considerada um ponto negativo, que influenciou a agilidade de implantação da vigilância. Do ponto de vista da maioria dos entrevistados, há coerência entre os objetivos da Vigilância da Síndrome Gripal e os planos de governo, mesmo que ela não esteja explícita no documento.

### NÍVEL ESTADUAL

O contexto do nível estadual influenciou de forma favorável a implantação da Vigilância da Síndrome Gripal nos municípios. Com relação ao projeto de governo, houve apresentação e discussão da proposta de vigilância com apoio à operacionalização junto aos municípios e unidades de saúde e priorização do estado na implantação das atividades preconizadas. Entretanto, segundo o entrevistado, para alguns municípios, não foi prioridade, devido à situação epidemiológica desfavorável de outras doenças e ao número reduzido de técnicos da vigilância epidemiológica. A disponibilidade do recurso financeiro foi pouco favorável à implantação, principalmente pelas dificuldades administrativas para utilizar o recurso, contribuindo

apenas para favorecer a adesão inicial dos gestores à proposta.

Na categoria ‘capacidade de governo’, o tempo de permanência à frente da Vigilância Epidemiológica da *Influenza* e a vivência adquirida durante a pandemia de 2009 foram considerados pontos positivos para a condução do processo de implantação, porém, não foram suficientes para a realização de todas as ações descritas na intervenção por algumas dependerem de outras instâncias. Esse fato ficou evidente na categoria ‘governabilidade’, em que se observou que o poder de decisão não estava com quem demandava e/ou executava a ação.

A relação do GI com o contexto, no geral, mostrou que houve coerência entre as características políticas e organizacionais e o grau de operacionalização da vigilância nas unidades de saúde sentinela (*quadro 4*).

Quadro 3. Classificação do contexto político-organizacional por níveis e categorias de análise. Pernambuco, 2015

Níveis de Análise	Projeto de governo	Capacidade de Governo	Governabilidade
US Recife 1	" [...] o que faz o diferencial é o compromisso das pessoas que fazem parte do núcleo [...]. Observamos que algumas mudanças, tanto na seleção de pacientes como na forma da coleta, influenciou na qualidade da coleta e começamos a ter mais positividade [...]." " Nunca investiram nada na influenza, que eu saiba. Na realidade, a gente pede uma internet que funcione, que é o mínimo, porque eu faço o relatório em casa [...]." " [...] até agora, o que recebemos foi simplesmente um quadro de avisos. Não tem nada. Não tem geladeira... [...] Não tem espaço, não tem profissional, [...] eu uso a minha internet 4G, crio a minha conexão com o meu netbook, e, aí, eu entro no sistema."	" [...] a motivação quem faz é a equipe, um motivando o outro. Incentivo financeiro não existe nenhum. A gente procura, toda vez que tem uma capacitação, envolver a equipe toda, que é para todo mundo se sentir importante [...]." " [...] a gente até tava tendo uma dificuldade com a questão dos próprios plantonistas [...] , mas estamos conversando com eles e explicando, porque muitos nem sabem que se faz isso [...]." " [...] agora colocou uma enfermeira que vai ficar todos os dias aqui, diarista, estamos trazendo mais um técnico de enfermagem justamente para tentar fazer essa compilação dos dados do Nepi, deixando um só pra CCIH [...]." " [...] a gente tinha uma funcionária, que cedeu para o laboratório para poder ajudar na coleta... [...] o problema maior é o quantitativo de pessoas no momento da busca para gente fazer a coleta."	" Os plantonistas foram retirados sem qualquer comunicação prévia e sem qualquer substituição [...]. A gente simplesmente não é comunicado, e ninguém se preocupa de que forma isso pode afetar o andamento do programa." " Se for um problema na parte de conflitos de pessoas, eu tenho autonomia para resolver. Mas, a partir do momento em que eu necessito de insumos, não tenho autonomia, porque depende da secretaria." " Para algumas coisas, realmente eu tenho autonomia. Outras eu preciso do hierarquicamente superior. Por exemplo, profissionais de saúde que atuem na ponta fazendo as notificações, durante os finais de semana [...]." " Tem coisas que a gente consegue com a chefia do setor... Agora, tem outras coisas, por exemplo, as notificações, a gente queria que os médicos fizessem, mas não conseguimos isso."
US Recife 2			
US Recife 3			
US Jaboatão dos Guararapes	" [...] chegou bancada, o aspirador, a braçadeira [...] a prioridade dentro da unidade, da VEH, é a busca. Dentro dessa busca, a gente tem que ter o compromisso com a influenza."		
US Paulista	" Hoje nós funcionamos exatamente desde o primeiro momento [...] A unidade não recebeu nenhum benefício desde a implantação até hoje."	" [...] eu acho que tem que ter um núcleo aqui no hospital que não tem. [...] se realmente for começar a coleta, essa pessoa me auxiliar de alguma maneira que eu não saiba [...]." "	" [...]Depende muito do problema propriamente dito. Se esse problema envolve parte financeira, a gente sabe como resolver, mas a gente fica na dependência da SMS."

Quadro 3. (cont.)

US Olinda	" [...] encontrei o serviço parado. [...] tinha uma sala, os equipamentos, os insumos, e a pessoa que era treinada pra fazer a atividade não tava correspondendo ao que tinha se comprometido. [...] eu acho que, no início [...], houve um esforço para montar por conta do incentivo [...]."  " [...] a influenza, em si, acabou não sendo um grande problema de saúde pública. [...] existiam outros problemas com uma magnitude muito maior, e precisavam de uma resposta muito mais imediata. [...] Como não se teve a prioridade, não se mexeu nesse recurso."	"A gente envolveu o Nepi daqui, que não tinha nenhum envolvimento, para poder o Nepi fazer uma captação. A gente fez um fluxozinho."	" [...] autonomia tem diante da gestão e o respaldo para tomar uma atitude, mas, aí, é o convencimento na ponta de uma história de anos no serviço público, que as coisas são assim e são assim mesmo."
SMS Recife		"o nosso trabalho aqui, enquanto nível central, é muito mais de articulação e análise... Quando eu cheguei e vi essa necessidade de debatucar sobre a influenza, conversando com a equipe maior, a gente viu que precisava ter alguém só pra influenza. [...]."	" [...] eu tenho uma gestão que me dá liberdade e que entende a importância dessa vigilância [...]. Por outro lado, essa vigilância acontece dentro de uma US que, por sua vez, é subordinada a uma outra secretaria executiva, que é a de atenção à saúde."
SMS Jaboatão dos Guararapes	" [...] a gente conseguiu estruturar uma sala dentro do hospital, equipando ela com geladeira, com computador, com ar condicionado [...]."	"A gente sempre tenta nas discussões [...], em vigilância como um todo, [...] abrir os olhos dos profissionais, da população em geral, qual a importância da vigilância como um todo."	"Consigo (utilizar o recurso). [...] é pouco, [...] mas que dá para manter essa estrutura, mesmo sendo um hospital estadual, que dá para a gente dar esse suporte."
SMS Paulista	" [...] conseguimos um espaço, os profissionais pra trabalhar [...]. Em 2013, perdemos um processo da compra de material [...]. Em 2014, retomamos, teve troca de profissionais, outras discussões [...] problemas políticos que desestruturou a gente [...]."	" [...] Primeiro apresentava a superintendência [...], articulando com o secretário, porque fomos pegar um espaço da US. Para ficar todo mundo ciente [...], até para o pessoal da unidade não ter a barreira, já ver que é uma coisa que tá indo de gestão, não da vigilância."	"Eu posso ter o conhecimento do problema... Mas a solução não depende só de mim, não. [...] eu sozinha posso dizer, detectar, [...] mas resolver sozinha sem laboratório, sem a própria secretaria tá envolvida, acho difícil."
SMS Olinda	" [...] tem material, sala, geladeira, computador, tem tudo para funcionar. O problema é recursos humanos [...] eu não vejo muito interesse do município com a SG [...] Eu acho que eles não enxergam isso como um problema de saúde pública."	" [...] até hoje, o Nepi; [...] a impressão que se dava era que isso era uma atividade de segundo "plano", porque não fazia parte da rotina da unidade. [...] hoje a gente quer que a vigilância aconteça efetivamente e que esse técnico faça parte dela [...]."	" [...] é difícil a burocracia porque é dinheiro público e não pode dispor da forma que achar melhor. Mas, o que vem específico para as áreas técnicas são usados dentro delas. Eu não tenho essa dificuldade [...] é mais a operacionalização disso."
SES	" [...] cada município indicou a unidade sentinelas, discutindo junto com o estado [...] aí teve um projeto e uma pactuação, um termo de compromisso, que foi assinado pelo secretário de saúde do município."	"Eu acompanhei a construção da vigilância da influenza no estado porque ela não existia assim, de fato."	"Agora, tem situações que a autonomia não tá em nenhum daqueles que estão ali. É algo acima. Então, às vezes, a gente tem a construção, mas não tem a resolutividade. [...]"

Siglas: US – Unidades Sentinelas; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; VEH – Vigilância Epidemiológica Hospitalar; SG – Síndrome Gripal; Nepi – Núcleo de Epidemiologia; CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.


 Favorável

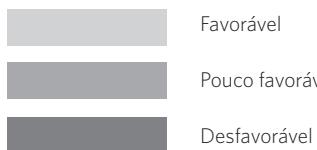

 Pouco favorável


 Desfavorável

Quadro 4. Relação do grau de implantação com o contexto político-organizacional por caso. Pernambuco, 2015

Caso	% GI por componente			Síntese do GI	Categorias do Contexto			Síntese do Contexto
	Gestão	Desenvolvimento das ações	%		Classificação	PG	CG	
Recife 1	86,9	100,0	91,6	Implantado				
Recife 2	78,1	57,8	70,8	Parcialmente implantado				
Recife 3	73,1	33,3	58,8	Parcialmente implantado				
Jaboatão dos Guararapes	81,9	61,1	74,4	Parcialmente implantado				
Paulista	51,3	27,8	42,8	Não implantado				
Olinda	65,0	27,8	51,6	Parcialmente implantado				

Siglas: GI – Grau de Implantação; PG – Projeto de Governo; CG – Capacidade de Governo; GO – Governabilidade.



## Discussão

A análise da Vigilância da Síndrome Gripal, em seus diversos níveis de gestão, permitiu a identificação de diferentes contextos organizacionais e níveis de implantação nas seis unidades sentinela que fazem parte dessa vigilância no estado. Pôde-se observar que contextos menos favoráveis influenciaram a implantação parcial ou a não implantação das atividades.

Apesar de ser uma vigilância preconizada no Brasil há mais de 10 anos, não foram encontrados documentos com definições claras das atribuições de cada esfera de governo, o que pode ter influenciado uma construção do modelo teórico-lógico mais próximo do que é realizado na rotina. Esse fato pode ter prejudicado a análise de alguns aspectos da intervenção, como planejamento e capacitação, que não foram considerados na avaliação de determinados níveis de gestão. Essa constatação evidencia a necessidade de aperfeiçoamento do modelo teórico-lógico adotado a cada definição e norma incorporada, devido à sua característica dinâmica

e transitória (BEZERRA ET AL., 2009). Em adição, reconhece-se que as opções operacionais para análise do contexto organizacional relacionadas aos conceitos, as técnicas de coleta e respondentes podem ter implicado uma simplificação da realidade empírica das organizações de saúde avaliadas.

Entretanto, o modelo de análise adotado favoreceu uma melhor compreensão das relações de interdependência entre diferentes esferas de gestão da intervenção ao considerar os âmbitos estadual, municipal e unidades de saúde sentinela à luz da teoria de Matus. As análises do projeto de governo, da capacidade de governo e da governabilidade, a partir das suas respectivas definições operacionais, demonstraram as fortalezas e possibilidades para contribuir para o grau de implantação da intervenção, ainda que parte expressiva das atividades rotineiras seja efetivada nas unidades sentinelas.

Os resultados da avaliação não permitiram inferir sobre a qualidade de dados produzidos pela Vigilância da Síndrome Gripal nas unidades sentinela de Pernambuco, mas possibilitaram a reflexão da sua capacidade

de atingir graus avançados de implantação, por influência do processo de trabalho das pessoas que estão à frente dessa vigilância no estado, no município e na unidade de saúde.

A Vigilância da Síndrome Gripal acontece em unidades de pronto atendimento e hospitalares, podendo ser realizada de forma articulada entre os profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Na análise do GI, os problemas nessa articulação dificultaram o início e a continuidade das atividades de vigilância, e a presença de um núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar pode contribuir de forma favorável para o processo de implantação. A falta de articulação foi relatada por Menezes (2012) em estudo que avalia o Sistema de Vigilância Epidemiológica da esquistossomose em dois municípios da Bahia.

Observou-se que existe uma deficiência na utilização de dados produzidos pela Vigilância da Síndrome Gripal, uma vez que não há elaboração de boletins e/ou informes. Adicionalmente, foi evidenciado que o monitoramento das metas a serem alcançadas pelas unidades de saúde não traduz a qualidade das ações realizadas, apenas o volume do que é feito. A capacidade reduzida dos municípios para avaliar os dados gerados nos sistemas de informação e produzir informes epidemiológicos e boletins também foi relatada por Santos e colaboradores (2012) em estudo avaliativo sobre a gestão da vigilância epidemiológica em municípios baianos.

Apesar das metas monitoradas, inúmeras dificuldades precisavam ser vencidas para que houvesse o seu cumprimento, entre elas, a precariedade ou a ausência de estrutura para a realização da coleta de amostras clínicas e para alimentação do sistema de informação. O esforço para superar essas dificuldades pode ter contribuído para ampliar o GI da Vigilância da Síndrome Gripal nas unidades de saúde sentinel.

A análise do contexto político-organizacional permitiu ampliar a compreensão sobre os fatores facilitadores e limitadores

no que se refere à implantação da Vigilância da Síndrome Gripal. Os contextos menos favoráveis foram identificados naqueles municípios e unidades de saúde em que a *influenza* não era considerada um grande problema de saúde pública e, por isso, não era priorizada, e a presença do recurso financeiro não garantiu a utilização da vigilância para os fins específicos para o qual foi criada. Apesar de apresentado e aprovado um plano de implantação na Comissão Intergestora Bipartite, suas ações não foram incorporadas ao Plano Municipal de Saúde. Achados semelhantes também foram identificados por outros estudos, que concluíram que a concepção de um projeto prévio é importante para facilitar o processo de implementação de políticas (SOARES; PAIM, 2011).

A Vigilância da Síndrome Gripal, antes de 2011, não dispunha de recursos financeiros, e as responsabilidades eram compartilhadas entre as três esferas de governo. Com o recurso específico descentralizado, definido na Portaria nº 2.693/2011, a responsabilidade de estruturar e manter a estratégia funcionando na unidade de saúde sentinel passou a ser do município, implicando a necessidade de maiores articulação e mobilização de diferentes setores em um mesmo nível de gestão. Sobre essa questão, os entrevistados apontaram como positiva essa articulação decorrente dos espaços de escuta e pactuação. Entretanto, a promoção desses espaços não garante poder de decisão compartilhado nem a influência positiva sobre os atores envolvidos. Além disso, se a intervenção não for considerada um problema social e se os atores interessados não tiverem poder de barganha política suficiente, não vai ser inserida na agenda de prioridades de um determinado governo ou instituição (QUEIROZ, 2011).

No município e na unidade de saúde, o déficit e a rotatividade de profissionais e gestores influenciaram para um contexto desfavorável de implantação. Estudos apontam que a insuficiência de recursos humanos influencia a estrutura da vigilância

epidemiológica em âmbito hospitalar (SIQUEIRA FILHA; VANDERLEI; MENDES, 2011) e dificulta a descentralização das ações para os níveis do sistema (BEZERRA *ET AL.*, 2009). Além disso, a mudança de gestores municipais pode representar pouco compromisso dos agentes políticos com o setor saúde (COSTA, 2013). A rotatividade de profissionais contribui para a descontinuidade do trabalho e, quando frequente, principalmente na gestão, pode interferir negativamente na condução de um programa. A capacidade de governo é expressa por meio da liderança da equipe, na definição de perfis e na quantidade de profissionais necessários para a organização (SAMPAIO *ET AL.*, 2011; PAIM, 2007).

Este estudo mostrou que características políticas e organizacionais mais favoráveis podem contribuir para o alcance de graus de implantação mais avançados. Entretanto, aponta a necessidade contínua de aprimoramento e de envolvimento dos níveis local, municipal e estadual com a Vigilância da Síndrome Gripal para que ela tenha seguimento ao longo dos anos.

## Conclusão

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível relacionar o contexto político-organizacional, por meio das categorias do Triângulo de Governo de Matus, com o grau de implantação da Vigilância da Síndrome Gripal. Embora se tenham identificado muito mais problemas no projeto de governo e na governabilidade, esses estão

condicionados à capacidade de governar, e, para Matus, essa é a variável central, composta por três elementos: experiência, conhecimento e liderança, este último, avaliado neste estudo como a capacidade de influenciar de forma positiva os atores envolvidos com a estratégia.

Para que a Vigilância da Síndrome Gripal avance com graus de implantação mais elevados, as ações no âmbito local não podem estar dissociadas da decisão política, processo fundamental no desenvolvimento de políticas e programas de saúde. Concomitantemente, os esforços individuais e coletivos dos profissionais inseridos na estratégia são imprescindíveis para manter estruturas de funcionamento, mesmo diante das adversidades.

Nesse sentido, algumas recomendações podem ser feitas para o aprimoramento da vigilância sentinela da síndrome gripal, entre elas: discussão do modelo lógico, com a definição de atribuições das três esferas de governo e de desenhos de implantação que possam ser aplicados a contextos organizacionais variados, e possibilidade de inclusão de critérios de definição de sítios sentinela, além daqueles definidos pelo Ministério da Saúde; priorização da Vigilância da Síndrome Gripal nos planos municipais de saúde como instrumento norteador das ações, com o objetivo de garantir apoio político e financeiro para a sua implantação; maior articulação entre as várias áreas das secretarias estaduais e municipais de saúde e instâncias de controle social, como os Conselhos Municipais de Saúde. ■

---

## Referências

- AGUILERA, J. F.; PAGET, W. J.; VAN DER VELDEN, J. Development of a protocol to evaluate the quality of clinical influenza data collected by sentinel practitioners in Europe. *Euro Surveill*, Saint-Maurice, v. 7, n. 11, p. 158-160, nov. 2002.
- BARROS, F. R. et al. O desafio da influenza: epidemiologia e organização da vigilância no Brasil. *Boletim eletrônico epidemiológico*, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 1-7, 2004.
- BEZERRA, L. C. A. et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica 52, de 2013. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 44, n. 15, 2013.
- COSTA, M. C. *Avaliação de implementação da vigilância epidemiológica do município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro*. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.
- GRECO, D. B.; TUPINAMBÁS, U.; FONSECA, M. Influenza A (H1N1): histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas. *Rev Med Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 132-139, 2009.
- KEBEDE, S. et al. Establishing a national influenza sentinel surveillance system in alimited resource setting, experience of Sierra Leone. *Health Research Policyand Systems*, London, v. 11, n. 22, 2013.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 3. ed. Brasília, DF: Ipea, 1997.
- MENEZES, M. J. R.; CARMO, E. H.; SAMICO, I. Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Esquistosomose em dois municípios do estado da Bahia, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 213-222, jun. 2012.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, nov. 2007.
- QUEIROZ, R. B. *Formação e gestão de políticas públicas*. 3. ed. Curitiba: Ibpex, 2011.
- REIS, P. O. et al. Monitoramento da síndrome gripal em adultos nas capitais do Brasil e no Distrito Federal por meio de inquérito telefônico. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 115-24, 2011.
- SAKAI, M. et al. Infecção pelo vírus Influenza pandêmico (H1N1) 2009. *Rev Med Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 578-593, out./dez. 2010.
- SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, jan. 2011.
- SANTOS, S. S. B. S. et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da VE no Estado da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 873-882, abr. 2012.
- SILVA JUNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- SKEWES-RAMM, R. *Evaluación del Sistema de vigilância centinela de IRAG*, Rep. Dominicana, febrero

2008 - abril 2009. Programa de Entrenamiento de Epidemiología de Campo.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, maio 2011.

SIQUEIRA FILHA, N. T.; VANDERLEI, L. C. M.; MENDES, M. F. M. Avaliação do Subsistema Nacional

de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Estado de Pernambuco, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 307-316, set. 2011.

---

Recebido para publicação em março de 2016  
Versão final em outubro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve