

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHAES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

LOUISIANA REGADAS DE MACEDO QUININO

**O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE: UMA ANÁLISE DE
IMPLANTAÇÃO EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO, BRASIL,
ENTRE 2010-2012**

RECIFE

2015

LOUISIANA REGADAS DE MACEDO QUININO

**O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE: UMA ANÁLISE DE
IMPLANTAÇÃO EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO, BRASIL,
ENTRE 2010-2012**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para a obtenção do grau
de doutor em Ciências.

Orientador: Dra. Constança Simões Barbosa
Co-orientador: Dra. Isabella Chagas Samico

RECIFE
2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- Q7p Quinino, Louisiana Regadas de Macedo.
O programa de controle da esquistossomose: uma análise de implantação em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, entre 2010-2012 / Louisiana Regadas de Macedo Quinino. - Recife: [s.n.], 2015.
203 p. : ilus., graf., tab.
- Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Constança Simões Barbosa;
coorientadora: Isabella Chagas Samico.
1. Esquistossomose mansoni – prevenção & controle. 2. Avaliação de programas e projetos de saúde. 3. Política de saúde. 4. Estratégia de Saúde da Família.
I. Barbosa, Constança Simões. II. Samico, Isabella Chagas. III. Título.

CDU 616.995.122

LOUISIANA REGADAS DE MACEDO QUININO

**O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE: UMA ANÁLISE DE
IMPLANTAÇÃO EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO, BRASIL,
ENTRE 2010-2012**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para a obtenção do grau
de doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Constança Simões Barbosa
Orientadora – CPqAM/ FIOCRUZ

Prof. Dr. José Luis Corrêa do Amaral Araújo Junior
CPqAM/ Fiocruz

Prof. Dr. Sidney Farias
CPqAM/ Fiocruz

Prof. Dra. Luciana Santos Dubeux
IMIP

Prof. Dra. Renata Patrícia Oliveira
IMIP

QUININO, Louisiana Regadas de Macedo. O programa de controle da esquistossomose: uma análise de implantação em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, entre 2010-2012. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

O controle da esquistossomose tem sido influenciado pelo contexto econômico e político no Brasil, de modo que, em detrimento de todo aparato normativo existente no sentido de implementar seu controle obedecendo aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda persiste a realização de ações desarticuladas. A fim de avaliar que fatores estão influenciando a realização destas ações, realizou-se uma análise de implantação do tipo 1b, que verificou a influência de fatores políticos e estruturais no Grau de implantação (GI) do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) em municípios de Pernambuco, Brasil, entre 2010-2012, considerando os preceitos do processo de descentralização do SUS. Elaboraram-se os modelos teórico-lógicos do programa que explicitaram a relação abordada. Montaram-se matrizes de indicadores a partir das quais se elaboraram questionários estruturados que foram aplicados aos profissionais das equipes de Vigilância em Saúde (EVS) e de Saúde da Família (EqSF) de 23 municípios endêmicos, selecionados aleatoriamente. Atribuíram-se pontos de acordo com a importância de cada item das matrizes, de modo que se pôde classificar o GI do PCE em implantado (75 a 100), parcialmente implantado (50 a 74,9), incipiente (25 a 49,9) e não implantado (menos que 24,9) . O programa teve implantação incipiente (38,94 pontos), tendo contribuído para este resultado tanto aspectos da estrutura quanto do processo. Na esfera política, influenciaram este resultado deficiências no conhecimento sobre a clínica e a epidemiologia, o que obscureceu a visão integral e desencorajou a articulação com outros setores. No âmbito estrutural, fatores como a não formalização dos objetivos, incipiência da cultura gestora, centralização de decisões, clima organizacional ruim e falta de estrutura contribuíram para a não implantação das ações. Conclui-se que o modelo utilizado foi suficiente para explicar o hiato existente entre a formulação e a implantação das ações.

Palavras-chaves: Esquistossomose mansoni - prevenção & Controle; Avaliação de programas e projetos de saúde; Política de saúde; Estratégia de Saúde da Família

QUININO, Louisiana Regadas de Macedo. The schistosomiasis control program: an analysis of implementation in municipalities of the state of Pernambuco, Brazil, between 2010-2012. 2015. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

The control of schistosomiasis has been influenced by economic and political context in Brazil, so that, to the detriment of all existing legal apparatus to implement its control obeying the precepts of the Unified Health System (SUS), there is still the execution of disjointed actions. In order to assess which factors influence to the execution of these actions, a type 1b implementation analysis was carried out, which verified the influence of political and structural factors in the implementation level (GI) of the Schistosomiasis Control Program (PCE) in municipalities of Pernambuco, Brazil, between 2010-2012, considering the principles of the SUS decentralization process. The theoretical-logical models of the program that explained the addressed relation were developed. Matrices of indicators were mounted, from which structured questionnaires were developed and applied to professional of the teams of health surveillance (EVS) and family health (EqSF) of 23 endemic municipalities, randomly selected. Points were attributed according to the importance of each item of the matrices, so that it was possible to classify the GI of the PCE in implemented (75 to 100), partially implemented (50 to 74.9), incipient (25 to 49.9) and not implemented (less than 24.9). The program had incipient implementation (38.94 points), and both structure and process aspects have contributed to this result. In the political sphere, the lack of knowledge about the clinical and epidemiology influenced this result, obscuring the complete overview and discouraging the collaboration with other sectors. In the structural context, factors such as the lack of formal objectives, the inception of management culture, centralization of decisions, bad organizational climate and lack of infrastructure contributed to the non-implementation of the actions. It is concluded that the model used was sufficient to explain the gap between the design and the implementation of the actions.

Palavras-chave: Schistosomiasis mansoni – prevention & control; Program Evaluation; Health Policy; Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo teórico preliminar para avaliação da implantação do PCE.....	51
Figura 2 –	Postulados que envolvem a aplicação das competências individuais no estabelecimento das competências organizacionais.....	56
Figura 3 –	Postulados envolvidos com a postura adotada pelos atores implementadores de políticas públicas de saúde de acordo com a função assumida por cada um	58
Figura 4 –	Postulados que envolvem a determinação de estruturas organizacionais.....	61
Figura 5 –	Modelo lógico do PCE em instâncias municipais	72
Figura 6 –	Mapeamento das competências requeridas dos atores implementadores do PCE nas instâncias municipais de acordo com a função assumida – contexto político	75
Figura 7 -	Modelo teórico da influência do contexto político e estrutural (político contingente) no grau de implantação das ações de controle da esquistossomose em instâncias municipais no estado de Pernambuco, Brasil	79
Figura 8 -	Relações entre o contexto estrutural organizacional, contexto político e GI do PCE em Pernambuco	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Distribuição da pontuação máxima atribuível por item do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012	82
Quadro 2 –	Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada por ator do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão processo do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012	87
Quadro 3 –	Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do <i>operating core</i> . Pernambuco, 2010 – 2012	91
Quadro 4 –	Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do <i>middle line</i> . Pernambuco, 2010 – 2012	94
Quadro 5 –	Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre a influência do Contexto político no Grau de Implantação – atores do <i>strategic apex</i> . Pernambuco, 2010 – 2012	98
Quadro 6 –	Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose na atenção básica para julgamento sobre a influência do Contexto estrutural organizacional no Grau de Implantação. Pernambuco, 2010 – 2012	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do número de profissionais e unidades de saúde participantes da pesquisa segundo município e Gerencia Regional de Saúde (Geres), Pernambuco, 2010-2012	68
Tabela 2 –	Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação do Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE no estado de Pernambuco. Pernambuco, 2010- 2012	110
Tabela 3 –	Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação do Grau de Implantação da dimensão processo do PCE no estado de Pernambuco. Pernambuco, 2010- 2012	114
Tabela 4 –	Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – <i>operating core</i>. Pernambuco, 2010 – 2012	120
Tabela 5 –	Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – <i>middle line (coordenadores da AB e do PCE)</i>. Pernambuco, 2010 – 2012	123
Tabela 6 –	Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – <i>strategic apex (secretários de saúde)</i>. Pernambuco, 2010 – 2012	127
Tabela 7 -	Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto estrutural organizacional. Pernambuco, 2010 – 2012.	129

SUMÁRIO

1	ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	O processo de desenvolvimento de uma política pública: a relevância da fase de implantação	23
2.2	O processo histórico-político de construção e execução das ações de controle da esquistossomose no Brasil: aspectos presentes na formulação influenciam a implantação	29
2.3	Abordagens propostas para apreensão do papel exercido pelos profissionais na implantação das ações de saúde	35
2.4	Abordagens para apreensão do papel exercido pelas organizações produtoras de serviços de saúde na implantação das ações de saúde ...	40
2.5	Necessidades e oportunidades para realização de análises de implantação	42
2.5.1	<i>O papel desempenhado pela teoria nas análises de implantação</i>	45
2.5.1.1	<i>Microteoria</i>	47
2.5.1.2	<i>Macroteoria</i>	49
2.6	Uma proposta para análise da implantação do PCE em municípios do Estado de Pernambuco	53
3	OBJETIVOS	62
4	MÉTODO	64
4.1	Desenho do estudo	65
4.2	Área do estudo	65
4.3	População e amostra	66
4.3.1	<i>Sujeitos da pesquisa</i>	66
4.4	Estratégia da pesquisa	66
4.4.1	Modelo teórico- lógico	69
4.4.1.1	<i>Componente lógico-normativo</i>	69
4.4.1.2	<i>Componente teórico-contextual</i>	70
4.4.1.2.1	Abordagem política	73

4.4.1.2.2	Abordagem estrutural	76
4.4.1.2.3	Abordagem política contingente	77
4.4.2	<i>Matriz de julgamento do contexto</i>	78
4.4.2.1	<u><i>Matrizes de julgamento para o GI do PCE</i></u>	80
4.4.2.1.1	Matriz de julgamento da estrutura	80
4.4.2.1.2	Matriz de julgamento do processo	81
4.4.2.2	<u><i>Matrizes de julgamento do contexto</i></u>	90
4.4.2.2.1	Matrizes de julgamento do contexto político	90
4.4.2.2.2	Matrizes de julgamento do contexto estrutural organizacional	91
4.5	Construção e validação dos questionários avaliativos	104
4.6	Coleta de dados	104
4.7	Plano de análise	104
4.7.1	<i>Julgamento do GI</i>	104
4.7.1.1	<u><i>Julgamento sobre a estrutura</i></u>	104
4.7.1.2	<u><i>Julgamento sobre o processo</i></u>	105
4.7.1.3	<u><i>Julgamento sobre o GI do PCE</i></u>	106
4.7.2	<i>Julgamento da influência do contexto político estrutural no GI do PCE.</i>	106
4.8	Considerações éticas	106
5	RESULTADOS	107
5.1	Participantes da pesquisa	108
5.2	Grau de Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em instâncias municipais do estado de Pernambuco	108
5.2.1	<i>Grau de implantação da estrutura</i>	108
5.2.2	<i>Grau de Implantação do Processo</i>	113
5.2.3	<i>Grau de Implantação do PCE em PE</i>	118
5.3	Análise do contexto	118
5.3.1	<i>Contexto político</i>	118
5.3.1.1	<u><i>Operating core: profissionais de nível superior (PNS) da EqSF, ACS, ASA</i></u>	118
5.3.1.2	<u><i>Middle line: coordenadores da AB e do PCE</i></u>	122
5.3.1.3	<u><i>Strategic appex: secretários de saúde</i></u>	125
5.3.2	<i>Contexto estrutural organizacional</i>	126

5.4	Relações entre os contextos político e estrutural e o GI do PCE	128
6	DISCUSSÃO	134
7	CONCLUSÕES	151
	REFERENCIAS	154
	APÊNDICE A - Formulário para estabelecimento de consenso entre sobre a importância dos itens selecionados para avaliação do Grau de Implantação do PCE na Vigilância	165
	APÊNDICE B - Formulário para estabelecimento de consenso entre sobre a importância dos itens selecionados para avaliação do Grau de Implantação do PCE nas Equipes de Saúde da Família	173
	APÊNDICE C - Formulário para estabelecimento de consenso entre sobre a importância dos itens selecionados para avaliação da influência do contexto político no GI do PCE	175
	APÊNDICE D - Formulário para estabelecimento de consenso sobre a importância dos itens selecionados para avaliação da influência do contexto estrutural no GI do PCE	178
	APÊNDICE E - Questionário para determinação do GI do PCE na Vigilância	181
	APÊNDICE F - Questionário para determinação do GI do PCE na EqSF – Entrevista com o ACS	187
	APÊNDICE G - Questionário para determinação do GI do PCE na EqSF – entrevista com o PNS	188

APÊNDICE H - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Secretário de Saúde	190
APÊNDICE I - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Coordenador do PCE	191
APÊNDICE J - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Agente de Saúde Ambiental	193
APÊNDICE K - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Agente Comunitário de Saúde	195
APÊNDICE L - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Profissional de Nível Superior	198
APÊNDICE M - Questionário para determinação do Contexto Estrutural (atributos do secretário) – entrevista com o Secretário de Saúde	200
APÊNDICE N - Questionário para determinação do Contexto Estrutural (atributos do coordenador) – entrevista com o Coordenador do PCE	201
APÊNDICE O - Questionário para determinação do Contexto Estrutural (atributos organizacionais) – entrevista com o Coordenador do PCE	202
APÊNDICE P - Roteiro para determinação do Contexto Estrutural - Observação do ambiente de trabalho	203

1 ASPECTOS INTRODUCTORIOS



1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

O controle da esquistossomose, ao lado de outras doenças parasitárias ou transmitidas por vetores, conhecidas como “grandes endemias” ou “endemias rurais” tem sido, desde seus primórdios, influenciado pelo contexto econômico e político vigente em cada momento da história do Brasil (SILVA, 2003).

O controle destas doenças no início do século XX era visto como prioridade pelos cientistas e intelectuais do movimento sanitário, já que representava “grande obstáculo ao progresso nacional, o qual deveria ser superado mediante compromisso do Estado em promover o saneamento rural no país” (HOCHMAN, 1998). O controle institucionalizado destas doenças teve seu marco inicial no ano de 1916, com a criação dos primeiros Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, na periferia da cidade do Rio de Janeiro os quais deram origem ao Serviço de Profilaxia Rural que, com o apoio da Fundação Rockefeller, foi instalado em outros estados (FARIA, 2006; SILVEIRA; PIMENTA JUNIOR, 2011).

É nesta época que começam a se consolidar as duas correntes que irão embasar os principais modelos de atenção à saúde no Brasil, estabelecidos antes do SUS: a originária da Previdência Social e a oriunda do Sanitarismo Campanhista. A primeira, surgida na década de 20 com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que deram origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), tinha suas origens na medicina liberal centrada na demanda espontânea, predominantemente curativa com prejuízo do atendimento integral ao paciente e não organizada para atender às necessidades de uma população definida (MEIR; LARRAÑAGA; BOSSERT, 2000; PAIM, 2003). A segunda, implantada sob a égide do sanitário Oswaldo Cruz, era concebida dentro de uma visão militar com o objetivo de combater as epidemias que ameaçavam os interesses do então modelo econômico agrário-exportador e tornou-se hegemônica como proposta de intervenção na área da saúde coletiva. Mais tarde, esta vertente incorporou a Educação Sanitária, inovando o modelo campanhista que era puramente fiscal e policial passando a chamar-se Sanitarismo Campanhista, que predominou até o início dos anos 60 (GOULART, 1999; MENDES, 1998; PIMENTA JUNIOR; SILVEIRA, 2011). Essa herança histórica culminou por caracterizar, no Brasil, a existência de um sistema de saúde pautado em uma prática fragmentada, onde os serviços são ofertados de maneira desigual e descontextualizada, gerando respostas pontuais e limitações profundas para a garantia de uma atenção efetiva, equânime e integral à saúde.

As intervenções na área da saúde coletiva, pela ameaça que as grandes endemias representavam aos interesses econômicos nas primeiras duas décadas do século XX,

configuravam-se como prioridade nacional (PIMENTA JUNIOR; SILVEIRA, 2011). Vale ressaltar o caráter controlador do governo federal na realização destas ações, que culminou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, cujo diretor era Carlos Chagas, que preconizava a máxima centralização, determinada por leis e normas federais, com a justificativa de que a União detinha maior capacidade técnica. A incumbência dos Estados era adotar tais leis e normas (PIMENTA JUNIOR; SILVEIRA, 2011). Em 1953, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que visava organizar e executar ações de combate às grandes endemias, a importância dada à centralização das ações de controle das endemias rurais era evidenciada no discurso do então presidente Juscelino Kubitschek (PIMENTA JUNIOR; SILVEIRA, 2011). É importante ressaltar que esta característica centralizadora dos serviços de saúde pública deixou uma marca histórica profunda, ainda hoje refletida nas práticas dos órgãos de saúde, seja do ponto de vista político, administrativo e, principalmente, assistencial (GOULART, 1999).

Em relação à esquistossomose, os primórdios das ações de controle foram marcados pela realização de dois grandes inquéritos de morbidade para conhecer a extensão da doença no país, sendo o primeiro realizado entre 1948 e 1950 por Pellon e Teixeira em 11 estados do país onde se supunha, à época, haver transmissão ativa da esquistossomose. Este inquérito detectou uma positividade média de 10,1%, e o segundo levantamento realizado pela Superintendencia de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), atualizou as informações sobre a positividade da esquistossomose no país (FAVRE et al., 2001).

Somente em 1976 é que o controle da esquistossomose foi reconhecido como prioridade no país entrando na agenda política na forma de Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) gerenciado pela Sucam, órgão criado pela fusão do DENERu, Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) (FAVRE et al., 2001). Este órgão, juntamente com outras instituições vinculadas ao Ministério da Saúde (MS) formou, em 1991, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O PECE direcionou suas atividades para o tratamento quimioterápico em massa com a droga oxamniquine e o controle de moluscos vetores através da aplicação de moluscicida (niclosamida) em ambientes aquáticos caracterizados como criadouros do molusco vetor. Ações de saneamento, abastecimento de água e educação em saúde foram implementadas esporadicamente (AMARAL; PORTO, 1994; FAVRE et al., 2001). Este Programa era caracterizado por uma administração única e vertical e suas ações perpassavam os estabelecimentos de saúde de forma individualizada e desintegrada o que refletia claramente a lógica da vertente sanitária campanhista.

Em 1980, o PECE perdeu as características de programa especial, tornando-se um programa de rotina do Ministério da Saúde, e passou a ser denominado Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), mantendo a mesma metodologia e o caráter centralizador (FAVRE et al., 2001). As ações de controle restringiram-se ao tratamento de doentes e estimularam a participação de outros órgãos de saúde pública no diagnóstico e tratamento dos portadores da infecção (AMARAL; PORTO, 1994). Observa-se que, no momento em que o PCE priorizou o tratamento de doentes, passou a refletir algumas características do modelo médico-assistencial-privatista.

Paralelamente, na década de 70, verifica-se um renascimento da medicina social/comunitária, cujos pressupostos teóricos, políticos e ideológicos foram consagrados na Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, passando a guiar as propostas de reforma do sistema que, mais tarde, seriam incorporadas na constituição de 1988 (GOULART, 1999). É no período entre 1970 e 1980 que, diante da insuficiência dos modelos de atenção vigentes capazes de atender às necessidades da população, aconteceram movimentos políticos e sociais que permitiram a construção do Movimento Sanitário, culminando com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes são a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Estes movimentos permitiram a elaboração de propostas alternativas com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde visando à integralidade da atenção e ao impacto sobre os agravos, mas, principalmente, à concretização dos princípios básicos e diretrizes estabelecidas pela Constituição da República (MEIR; LARRAÑAGA; BOSSERT, 2000; PAIM, 2003).

Dentre as propostas, destaca-se a oferta organizada, onde os serviços deveriam ser voltados para as necessidades de saúde da população e os principais problemas seriam identificados e norteados por princípios epidemiológicos, supondo o reconhecimento do planejamento enquanto processo social e a adoção de métodos de gestão. A vigilância da saúde é outra proposta, que se apoia na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local tendo como características principais (a) a intervenção sobre problemas de saúde, (b) articulação entre ações preventivas e curativas, (c) atuação intersetorial e (d) territorialização. Há ainda a Estratégia Saúde da Família, que se consolidou como estratégia estruturadora de um modelo de atenção à saúde priorizando ações pautadas nos princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, tendo como alvo grupos populacionais com maior risco de adoecer e morrer (PAIM, 2003).

Para efetivar as diretrizes propostas pelo SUS, em 1999, através da portaria nº 1.399 (BRASIL, 1999), foi normatizada a descentralização da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, dentre estas, a esquistossomose, que sai da competência da FUNASA, para os estados e municípios. Em 2004, esta portaria sofreu alguns ajustes e deu origem à portaria nº 1.172 (BRASIL, 2004), a qual estabeleceu melhor o processo de programação e acompanhamento das ações de saúde e definiu a certificação municipal e a sistemática do financiamento destinado às endemias (VILLELA et al., 2009). Além disso, a política descentralizadora na área da saúde contou com a formulação e instituição de instrumentos reguladores próprios – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991/1992, de 1993 e de 1996 (BRASIL, 2004) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002. Em 2006, através do Pacto pela Saúde, foram adicionadas novas condições para o processo de descentralização, através da firmação de pactos entre os gestores das três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006d). Atualmente, o Decreto Lei Nº 7508, de 2011, estabelece, pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, diretrizes para concretização do processo de descentralização através do estímulo à organização e integração das ações e dos serviços de saúde mediante o planejamento local (BRASIL, 2011).

Praticar a Descentralização é um desafio articulado ao deslocamento do Poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos (movimento centrífugo) (MENDES, 2001). Idealmente, a descentralização não deve envolver apenas aspectos administrativos como a mera distribuição territorial de atividades ou a delegação de atribuições, sem o deslocamento do poder de decisão sobre as mesmas. Na verdade, compreende transferência de poder do nível nacional para as unidades federativas, para planejar, gerir, executar e tomar decisões. Abrange, portanto, aspectos políticos, técnicos e financeiros. Sendo assim, pode-se considerar a descentralização como a “transferência de autoridade, ou distribuição de poder, no planejamento, gerenciamento e tomada de decisão da esfera pública, do nível Federal para os entes subnacionais” (MENDES, 2001).

Nesse sentido, ficava evidente a ideia de que seria preciso conferir mais poder àqueles que estão “perto” dos cidadãos e de suas necessidades. O município passou, destarte, a ser responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Os novos papéis atribuídos a cada esfera de governo exigiram ajustes institucionais profundos com redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, bem como reformulação de práticas (SILVA, 1999). Nesta nova conjuntura, ainda que normas técnicas

pudessem ser estabelecidas em níveis mais centrais, elas deveriam ser adaptadas à instância local, mediante estudos epidemiológicos.

Por vários motivos, o discurso descentralizador é, comumente, e principalmente no contexto do SUS, visto como positivo, já que suas principais qualidades estão associadas à democratização do poder público e a um melhor desempenho governamental (ABRUCIO, 2006). No entanto, é importante levar em conta a diversidade dos municípios brasileiros, tanto em termos de porte quanto em relação ao desenvolvimento político, econômico e social, a capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado, o que implica, necessariamente, diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde. Não é um movimento discreto, portanto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais (BRITO, 2007).

Mesmo que ressaltada a importância da descentralização como possibilidade de organização territorial e distribuição mais adequada de poderes, tanto financeiros como funcionais, entre as esferas de governo (FIGUEIREDO; NORONHA; ANDRADE, 2012), esta tem sido visualizada como um movimento de desconcentração das atribuições e funções do nível federal para os municípios. Ou seja, a ação dos governos locais depende em grande parte da ação do governo federal, com este último podendo unilateralmente induzir decisões e comportamentos nos primeiros, por meio de programas deliberadamente desenhados para tal. Assim, o processo de adesão dos municípios na gestão das políticas públicas, no Brasil, se dá – regra geral – em decorrência de uma estratégia de indução desenhada e implementada na forma de incentivos pelo nível de poder superior (ABRÚCIO, 2005).

Estas considerações são importantes ao se ponderar a existência do Programa de Controle da Esquistossomose porque para efetivar a descentralização das ações, suas diretrizes devem, gradativamente, ser congregadas às ações de vigilância em saúde, onde os principais problemas devem ser identificados mediante estudos para conhecer as reais necessidades da população e as intervenções devem ser planejadas considerando-se a integralidade e a intersetorialidade (PAIM, 2003). Além disso, estas ações devem ser incorporadas à rotina do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2007). Sendo assim, apesar da existência de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde visando o controle da esquistossomose nas instâncias municipais, o município deve realizar um diagnóstico integral da situação de saúde-doença, considerando todos os determinantes biológicos e sociais para então observar as normas e aplicá-las à realidade local. Por outro lado, o conteúdo técnico-científico dos Programas de Saúde não pode ser descartado, pois ele garante a qualidade da assistência, pelo menos no que

diz respeito à técnica (PAIM, 2003). É necessário, porém, que este conteúdo não seja instrumentalizado como recurso para determinar a forma de organização dos serviços.

De um modo geral, as recomendações para a correta realização destas atividades nos municípios incluem a organização de estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob a sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças. Deve contemplar a integração da rede assistencial, conveniada com ou contratada pelo SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças e incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo PACS/ PSF (BRASIL, 1998, 2006b, 2006c, 2006d, 2011, 2013).

Apesar do avanço no que diz respeito ao estabelecimento das diretrizes para o controle da esquistossomose verifica-se, paradoxalmente, a manutenção de ações desarticuladas, verticalizadas e concentradas em determinados setores da saúde, como o da vigilância em saúde (BARBOSA et al., 2001, 2013; GOULART, 1999; QUITES, 2013). Este fato é um resquício histórico da influência da vertente sanitária, cujos pressupostos encontram-se entranhados no modo de operar o controle de doenças como a esquistossomose, determinando a forma habitual como estas ações têm sido realizadas pelos atores nas instâncias municipais.

É neste ponto onde problemas referentes à implantação das ações preconizadas são detectados. Apreendendo-se cada secretaria municipal de saúde como uma organização e, portanto, como uma “combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos” (BENNIS, 1973), entende-se que, antes de qualquer coisa, toda esta carga teórico-normativa vai passar por uma “triagem” dos profissionais que a vão executar. Em outras palavras, o conjunto de profissionais envolvidos no controle da esquistossomose, individualmente ou ao formarem grupos ou equipes, são dotados de pré-conceitos, ideias, formações, carga teórica, opiniões, etc. que se combinam na elaboração de competências próprias (BRANDÃO, 2013). Estas, por sua vez, dependendo da conformação existente a partir da combinação dos fatores citados, atuam ora favorecendo a implantação das ações de controle da maneira atualmente proposta, ora desfavorecendo e, até mesmo, impedindo a sua realização (CHAMPAGNE et al., 2011).

Os profissionais, por sua vez, estão imersos num determinado ambiente que igualmente pode atuar favorecendo ou não a implantação das ações propostas (CHAMPAGNE et al., 2011). Fatores como a falta de recursos, de prioridade, de entendimento por parte do secretário de saúde da importância do controle da esquistossomose

para seu município são apenas alguns dos fatores que agem “filtrando” as competências dos trabalhadores e, por sua vez, a política que será implementada (DUSSAULT, 1992; LIMA; D’ASCENDI, 2013). Supor que um programa público possa ser implementado inteiramente de acordo com o desenho e os meios previstos por seus formuladores também implicará uma conclusão negativa acerca de seu desempenho, porque é praticamente impossível que isto ocorra. Em outras palavras, na gestão de programas públicos, é grande a distância entre os objetivos e o desenho de programas, tal como concebidos por seus formuladores originais, e a tradução de tais concepções em intervenções públicas, tal como elas atingem a gama diversa de seus beneficiários e provedores (ARRETCHE, 2003)

De fato, instituir o controle integral da esquistossomose da forma proposta pelo SUS significa uma quebra de paradigma. A construção desta forma de operacionalizar a política de controle da esquistossomose tem um verdadeiro caráter de “luta contra-hegemônica”, fazendo do seu processo de implantação, principalmente nas instâncias municipais e pela quantidade de mudança envolvida, um campo de debates entre grupos de atores que tendem a se organizar a partir de interesses comuns, com a finalidade de implementar a condução da política com base em um determinado conjunto de ideias, crenças e valores consensuados (GURGEL, 2007). De acordo com Viana e Baptista (2008), um dos fatores de que depende a implementação de uma política é o juízo que os agentes implementadores fazem da mesma e, quanto maiores forem as mudanças propostas por uma nova política, menores serão as chances de consenso entre eles. Sendo assim, pode-se destacar, de um lado, o modo de operacionalizar influenciado pela vertente sanitária e, de outro, o controle integral proposto pelo SUS, articulado e integrado ao PACS/ PSF, que podem incitar nos agentes implementadores, formas distintas de executar essa política pública, o que pode estorvar o controle da esquistossomose nas instâncias municipais.

Dentre os estados brasileiros endêmicos para esquistossomose e que passaram pelo processo de descentralização, Pernambuco se destaca por exibir um dos percentuais médios mais elevados de pessoas infectadas pelo *Schistosoma mansoni* (ARAUJO, 2006; BARBOSA, et al., 2001, 2011, 2013; BARBOSA; PIERI; BARBOSA, 2000; GOULART, 1999; QUITES, 2013; RESENDES; SOUZA-SANTOS; BARBOSA, 2005).

Neste estado, o início do processo de descentralização das ações de controle da esquistossomose ocorreu no período entre 1999 e 2000; desde então, as ações vêm sendo realizadas pela maioria dos municípios endêmicos. A forma como estas ações são realizadas, no entanto, tem deixado a desejar (FARIAS et al., 2007; QUININO et al., 2009; QUININO, 2009).

Percebendo-se a importância da correta realização das ações de controle da esquistossomose nos moldes propostos pelo SUS em municípios do estado de Pernambuco, uma avaliação sobre como estão sendo realizadas estas ações mostra-se extremamente oportuna, uma vez que pode haver variações no modo de execução das mesmas dadas as diferentes realidades municipais, os diferentes modos de interpretação da política de controle da esquistossomose pelos agentes implementadores assim como os demais motivos já citados.

Sendo assim, para avaliar o PCE nas instâncias municipais, importa que sejam ponderados, no processo avaliativo, os distintos contextos municipais com relação a aspectos político- institucionais e estruturais. Para tanto, é recomendada a avaliação do tipo Análise da Implantação, que entende os contextos como fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Considerando a perspectiva da melhoria na condução das ações de controle da esquistossomose em municípios do Estado de Pernambuco dentro da proposta do SUS, o presente estudo propõe a realização de uma análise de implantação desta política, visando analisar a variação na implantação das ações de controle da esquistossomose em função da variação dos distintos contextos político- institucionais e os determinantes conjunturais e estruturais.

2 REFERENCIAL TEORICO



2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do conteúdo introdutório dissertado, que abordou importantes fatos históricos envolvidos no desenvolvimento da política de controle da esquistossomose no Brasil, é mister depreender as diversas etapas envolvidas no ciclo de vida das políticas de saúde no geral, com enfoque na produção do cuidado da esquistossomose no Brasil no que concerne aos momentos de formulação e implantação. Estudos mostram que embora já exista importante produção acadêmica no campo de elaboração e implementação de políticas no Brasil, ainda persiste a necessidade do desenvolvimento de análises, principalmente no que tange à política de controle de grandes endemias, dentre elas, a esquistossomose, a qual aparece fortemente vinculada ao processo histórico da saúde pública do país (GURGEL, 2007).

Este capítulo destina-se, portanto, a lançar bases para o tema desenvolvido no estudo e para a discussão dos seus achados empíricos partindo-se do pressuposto de que existe uma distância aparente entre o projeto político de controle da esquistossomose, resultado do seu processo histórico de formulação, e o seu cumprimento pelas organizações municipais que, dotadas de certas peculiaridades, são responsáveis por administrar e executar suas diretrizes.

2.1 O processo de desenvolvimento de uma política pública: a relevância da fase de implantação

Políticas públicas são um conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo político envolvido com a seleção de objetivos e os meios para alcançá-los no âmbito de uma situação específica onde tais decisões dependem, a princípio, do poder dos atores para acontecerem (SABATIER; JENKINS, 1993). A partir deste conceito, admite-se que o PCE, objeto deste estudo, possui capital político tanto no momento da elaboração do seu texto, o qual foi influenciado por um contexto antidemocrático, controlador e centralizador, herança da administração do estado por diversos governos autoritários aos quais o Brasil foi submetido, quanto na execução verticalizada de suas ações, que vai de encontro aos princípios e diretrizes trazidos pelo SUS. Por isso, o PCE, em detrimento da nomenclatura instituída, é considerado como uma Política de Saúde para o Controle da Esquistossomose e será abordado como tal.

Por sua complexidade, várias são as propostas que procuram compreender o processo de desenvolvimento de uma política pública dentro de uma organização. E não se pode deixar de levar em conta que, ao se realizar uma análise de política, é necessário fazer a distinção

entre o ‘conteúdo da política’, que corresponde à essência da política, e o ‘processo político’, que envolve o conjunto de métodos, estratégias e técnicas que definem a política, sendo que este último tem recebido especial atenção por ser mais dinâmico e, por isso, tem inspirado a construção de diversas abordagens (SABATIER; JENKINS, 1993).

Segundo uma visão tradicional da análise de políticas, citada neste estudo pela sua oportunidade, o processo político possui, ao menos, cinco fases, que se configuram no *policy cycle* (FREY, 2001; SILVA; MELO, 2000; VIANA; BAPTISTA, 2008) : 1) percepção e definição do problema; 2) *agenda setting* (ou entrada na agenda), que é a fase onde um problema é inserido na pauta política; 3) definição de propostas e soluções, que corresponde à fase de formulação da política (que produz o texto da política); 4) o momento de pôr uma solução em andamento, que corresponde à fase de implementação; 5) o monitoramento de resultados ou fase de avaliação da política. Esta abordagem tem suas bases nos trabalhos de Stephen Ball e Richard Bowe (1992), os quais buscaram caracterizar o processo político adotando inicialmente a noção de um ciclo contínuo constituído por três facetas ou arenas políticas: a ‘política proposta’, que se relaciona com as intenções dos envolvidos na formulação da política e corresponde às duas primeiras fases citadas; a ‘política de fato’, constituída pelos textos político e legislativo que dão forma à política proposta e servem de base para a implantação da política e, finalmente, a ‘política em uso’, que leva em conta os processos que insurgem do momento de implementação da política. Mesmo sofrendo com as limitações inerentes a todos os processos de escolha de métodos de análises de acontecimentos sociais, estas abordagens avançam no sentido de que sopesam a natureza complexa das políticas sociais por indicarem a necessidade de se articular os processos macro políticos (que ocorrem em nível estatal, mais precisamente no que se refere à formulação da política) e micro políticos (que ocorrem em nível local, no que se refere ao processo de implantação da política).

Na fase de reconhecimento do problema, pergunta-se como, em um número infinito de “problemas políticos”, alguns se destacam como prioritários e entram na agenda política, enquanto outros, não. Vários são os fatores que contribuem para que seja atribuída relevância política a um determinado problema, que vão desde pressão de grupos sociais até a mídia. Porém, somente na fase seguinte, de definição da agenda política, é que se decide se um tema vai, efetivamente, ser incluído na pauta política ou se pode ser adiado ou até mesmo excluído (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Uma vez que a situação problemática foi reconhecida e entendida como prioritária, passa-se à fase seguinte, que corresponde à elaboração de soluções para o problema. Neste

momento, é preciso escolher dentre várias alternativas, aquela mais apropriada para a solução dos mesmos. Eleita uma solução, passa-se para a próxima fase, que corresponde à execução das ações cujas metas foram definidas no processo de formulação.

As fases de reconhecimento do problema, entrada na agenda e tomada de decisão são muito importantes, uma vez que são nelas onde são definidos os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação, e expressam as escolhas políticas de uma autoridade central. Antes da decisão propriamente dita, é certo que ocorrem processos de conflito e de acordo envolvendo os agentes formuladores (atores influentes tanto na política quanto na administração). Neste momento, podem ocorrer jogos de interesse, onde determinado grupo pode pressionar pelo reconhecimento de problemas e pela adoção de determinadas soluções ou propostas, vistas por eles como corretas. E, nesses processos, vários fatores podem operar como força que impulsiona ou restringe (bloqueia) determinado item na agenda política (VIANA; BAPTISTA, 2008).

A visão tradicional dos processos políticos considera que o *policy cycle* ocorre de forma simples e linear, configurando uma visão *top down* da formulação e desenho da política, já que considera a existência de uma informação oportuna e completa, recursos ilimitados, coordenação perfeita, controle, clareza de objetivos, existência de regras perfeitas e uniformes que, por sua vez, serão seguidas sem dificuldade pelos agentes implementadores (SILVA; MELO, 2000). No entanto, sabe-se que, na realidade concreta, dificilmente o processo de formulação da política, bem como o de implantação, dão-se de maneira simples, nem o *policy cycle* ocorre de maneira linear. Na verdade, ao invés de haver certeza e controle durante a formulação da política, muitas vezes verifica-se confusão de objetivos, recursos limitados e informação escassa. Deve-se levar em conta, ainda, o fato de que os formuladores dificilmente têm condições de entender integralmente os fenômenos sociais com os quais terão de lidar (considerando a própria complexidade de tais fenômenos) e, por isso, não têm como prever as contingências que podem afetar o desenvolvimento da política, além do que tendem a expressar suas preferências individuais ou coletivas através das políticas formuladas.

No entanto, mesmo considerando estes atributos do processo de formulação de políticas, é fato que em uma ocasião determinada, sendo esta oportuna ou não, as soluções pensadas precisam ser postas em prática, e é neste momento que as atenções devem ser voltadas para a implementação da política. O processo de implementação, como já visto anteriormente, tampouco é simples, pois, neste momento, acontecem jogos entre os atores implementadores onde papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam e os

recursos entre atores são objeto de barganha (SILVA; MELO, 2000). Em outras palavras, a implantação deve ser vista não apenas como aquele momento onde unicamente se espera a *adesão normativa* por parte dos agentes implementadores, embora esta seja uma parte importante do processo, mas deve-se considerar que é um processo dinâmico, autônomo, onde decisões cruciais para o sucesso da política são tomadas, e não somente regras são seguidas. No momento da implantação, uma definição feita na fase de formulação pode ser modificada ou mesmo rejeitada e alterar o argumento principal da própria política e, neste momento, novas negociações podem ser processadas e, por consequência, novas decisões e formulações apresentadas, reiniciando, por vezes, o ciclo da política (VIANA; BAPTISTA, 2008; SILVA; MELO, 2000).

De fato, a implantação envolve uma série de atividades e componentes da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros (VIANA; BAPTISTA, 2008). É importante que estes sistemas não sejam abordados de forma desconjuntada, nem tampouco deve existir uma divisão entre a concepção (trabalho intelectual) e a execução (trabalho manual) de um produto. O *policy cycle* deve ser visto como um campo estratégico onde se faz importante, para o sucesso da política, haver uma relativa indistinção entre formuladores e implementadores, assim como entre a população meta do programa. É por isso que se faz necessário um entendimento, tanto por parte da população alvo quanto dos implementadores, do conteúdo da política evitando assim, que a esta tenha baixa sustentabilidade e pouca legitimidade.

Nessa perspectiva, o *policy cycle* não pode ser concebido de forma simples e linear, e nem pode ter um ponto de partida claramente definido. Ele é mais bem representado por uma rede de formuladores, implementadores e beneficiários que ratificam a política, de modo que os problemas relacionados à implementação de programas não devem ser vistos apenas como “desvios de rota” da política planejada (SILVA; MELO, 2000; VIANA; BAPTISTA, 2008), entendendo-se rota como trajetória pré-concebida. Por isso, é importante que o desenho estratégico da política inclua a identificação dos atores que dão sustentação à mesma e dos mecanismos de negociação entre tais atores (MAINARDES, 2006; SILVA; MELO, 2000).

Verifica-se, assim, que muitos são os motivos de que depende o sucesso de uma política. Por um lado, o seu desenho, resultado da negociação no momento de formulação, pode ser ruim, com seus escopos partindo de um diagnóstico impreciso e inconsistente da realidade. Por outro, mesmo que o desenho seja bom, a perspectiva de implementação pode ser difícil seja pela falta de capacidade técnica dos atores responsáveis pela prestação direta

de serviços, seja pela falta de recursos, seja pela falta de interesse político por parte do gestor local.

Mesmo que o momento de formulação tenha sido confortável, rodeado de consensos, é na fase de implementação que se descobre a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada grupo disputa e seus interesses. De fato, é possível, ainda, que aconteça a “inação”, que ocorre quando as decisões não são implementadas. Por estes motivos, a implantação de uma determinada política deve ser considerada como uma fase crucial (VIANA; BAPTISTA, 2008).

É necessário expor, ainda, e principalmente, que o processo político não ocorre desvinculado do ambiente (contexto) onde ocorre. De acordo com Jenkins (1997), a melhor compreensão da política pública requer considerar a operação dos elementos do sistema político (demandas, decisões, produtos, resultados e as relações entre eles) em seu ambiente. Lowi (1964) ratifica esta proposição acrescentando ainda que esse tipo de sistema não se constitui simplesmente pelas relações entre os seus elementos. Diferentemente dos sistemas fechados, nos quais o ambiente não tem grande significado, em um ambiente aberto ele apresenta diferenças importantes que permitem reconstruir todo o sistema, pois se estabelece um grande número de operações entre esse e os demais elementos.

Barker (2000) também assinala que os componentes do sistema político interagem num contexto definido pelo ambiente, portanto onde o sistema opera. No âmbito da saúde, esse sistema opera em um ambiente influenciado pelas questões sociais, políticas, econômicas, históricas e biológicas. Esta autora destaca que, uma vez que se vive e opera num ambiente aberto, qualquer alteração ou evento que ocorra terá influência sobre as condições de interação dos componentes do sistema. O sistema reage de acordo com as influências do ambiente que podem relacionar-se à mudança do comportamento, à transformação da sua estrutura interna, ou se remodelando completamente.

Embora a influência do ambiente ocorra em todas as fases do processo político, é na fase de implantação onde ela é mais proeminente, já que é necessário considerar que, no mundo real, a natureza do tratamento dado à política varia, imensamente, de local para local, ou até mesmo de um responsável pela política para outro dentro de um mesmo local. Isso é particularmente verdade ao se considerar um país como o Brasil, com sua enorme extensão territorial.

Vê-se com o exposto que a fase de implantação é de intensa negociação, pois é nela onde se veem, realmente, onde se sustentam os pactos estabelecidos na fase de formulação. É neste momento que se conhece a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a

apoiam, o que cada grupo disputa e seus interesses. Na verdade, dá-se início a um novo processo decisório, uma reformulação da política voltada para sua aplicabilidade, considerando o ambiente (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Nesta perspectiva, de modo a entender o processo político no que se refere às circunstâncias de formulação e implementação, Ball e Bowe (1992) propuseram um ciclo constituído por três contextos: o contexto de influência, o contexto da produção de texto e o contexto da prática. No contexto de influência, grupos de interesse disputam para influenciar a definição das finalidades sociais da política a ser implementada, a exemplo das influências internacionais de agências como o World Bank. Já o contexto de produção de texto, que representa a política através dos textos legais e políticos, está mais relacionado com a linguagem do interesse público mais geral, já que vai servir de base para a implementação das decisões tomadas pelos formuladores. Não menos importante, há o contexto da prática, que é constituído pelas consequências reais decorrentes das respostas ao texto político. De acordo com Ball e Bowe (BALL; BOWE, 1992), este é o contexto onde a política está sujeita à interpretação e recriação e onde produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original. Para estes autores, o ponto-chave é que as políticas não são simplesmente implementadas dentro desta arena (contexto da prática), mas estão sujeitas à interpretação e, então, a serem recriadas. Mesmo que esta não seja a abordagem metodológica considerada nesta pesquisa, optou-se por mencioná-la no texto devido ao modo como ela aborda a função dos agentes implementadores.

Dentro destas propostas, os agentes implementadores de políticas são, portanto, considerados como peças-chave, não somente por seu papel de “elo” entre o desenho teórico (texto) da política e a população alvo, mas principalmente porque são dotados de poder de decisão que, conforme visto antes, pode mudar os rumos da política. A resposta dos agentes implementadores à determinada política depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão sobre a política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política, sendo este último o mais crítico, porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos de uma política (quanto maior a mudança, menor o consenso) (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Sendo assim, ao se ponderar a implantação de determinada política, é estritamente oportuno que se considere não somente o seu conteúdo, mas as condições reais onde este conteúdo é colocado em prática, considerando as relações que ocorrem entre os elementos do sistema político (nestes incluídos os agentes implementadores - gestores e os responsáveis

pela prestação direta de serviços), como estas podem variar de acordo com o ambiente e como todos estes fatores podem estar associados com a implantação do conteúdo da política.

2.2 O diálogo entre a formulação e a implantação de políticas públicas e o processo histórico-político de construção e execução das ações de controle da esquistossomose no Brasil

Ao se acompanhar a evolução do controle da esquistossomose no Brasil, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento histórico das normas que o regem, vê-se certa distinção entre o que se encontra escrito em termos de parâmetros a serem seguidos e as ações administrativas realmente implantadas.

Para tanto, faz-se necessário entender inicialmente que tanto a formulação quanto a execução de uma política de saúde no geral são partes de um mesmo processo político, e sua explicação faz parte dentro do contexto de racionalização da máquina estatal com o qual convivemos (VIANA, 1996). Compreender o processo político significa identificar as características das agências públicas fazedoras de política; dos atores participantes desse processo; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por fazer políticas; das inter-relações entre essas variáveis (agências e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996). O foco dado neste tópico, contudo, será a necessária existência de diálogo entre as fases de formulação e execução das políticas de saúde, principalmente da produção do cuidado da esquistossomose, ressaltando processos fundamentais implicados na operacionalização de cada uma.

A fase de formulação, como já abordado, diz respeito à elaboração do projeto político e ocorre depois de o problema para o qual o mesmo foi desenhado entrar na agenda política (VIANA, 1996). Este é o momento onde se estabelecem soluções e alternativas para o problema, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações. Somente nesta fase é que se têm bases concretas para a tomada de decisão por parte do governo: escolher dentre uma solução específica ou entre uma combinação delas, em um curso dado de ação ou inação.

Alguns estudiosos da fase de formulação de políticas, a exemplo de Muller e Surel (2000), colocam que a implementação da política é uma consequência da formulação, sendo esta guiada pela lógica política e aquela, pela administrativa. A implantação corresponde, assim, “à execução de atividades [...] com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação das políticas” (SILVA; MELO, 2000). Esta visão entende que, uma vez criada a

política, conformar-se-ia um processo técnico de implementação (perspectiva *top* → *down*) (WALT, 1994).

Algumas questões emergem destas teorias: existe verdade nelas? Ou seja, um bom “desenho” da política atrelado à comunicação clara de seus objetivos implica, necessariamente, em uma boa execução da política?

Antes de adaptar os conceitos acima à formulação das ações de controle da esquistossomose e de responder a estas perguntas, faz-se necessário considerar alguns importantes aspectos históricos e sociopolíticos ocorridos no século XX e que envolveram desde o reconhecimento da esquistossomose como problema a ser colocado na agenda governamental até sua implementação:

- 1) o surgimento e desenvolvimento da esquistossomose como problema de saúde pública sempre esteve atrelado à pobreza e ao baixo desenvolvimento econômico que gerou a necessidade de utilização de águas naturais contaminadas para o exercício da agricultura, trabalho doméstico e/ou lazer; esta, porém, urbanizou-se em decorrência da mudança do novo modelo urbano-industrial que se consolidou no país a partir da década de 50, alterando significativamente as características da população com a qual os programas de controle costumavam lidar (rural → urbana);
- 2) a entrada da esquistossomose como problema de saúde pública na agenda Estatal nas décadas de 40, ao lado de outras doenças, esteve estritamente ligado ao interesse no crescimento econômico e não ao conceito de cidadania; as produções científicas na área de controle de doença priorizavam o aumento da produção e consumo de bens e serviços; sob esta ótica, ações como saneamento e atenção primária à saúde eram relegadas a um plano inferior diante da emergência em se controlar as doenças sob pena de se perderem acordos econômicos (DIAS, 2000);
- 3) existia uma cultura de que o controle das grandes endemias somente seria eficiente se executado de maneira vertical tradicional, centralizada em setores dotados de inteligência epidemiológica (FARIA, 2006; SILVEIRA; PIMENTA JUNIOR, 2011); segundo Dias e Borges Dias (1985), a maneira militarizada e vertical de controle estabelecida sintonizava-se com a lógica de poder dominante e, por isso, era facilmente aceita pelos órgãos executores das políticas da época;
- 4) as ações de controle da esquistossomose, seguindo este modelo, se concretizaram de maneira “*estanque, desordenada e descontínua dos pontos de vista operativo, político ou institucional*” (DIAS; BORGES DIAS, 1985), com concentração do poder de

decisão em áreas centrais, desvinculado dos órgãos tecnicamente normativos e da própria clientela;

5) houve também, nesta época, uma evolução natural na epidemiologia das doenças e nos respectivos programas de controle, com relação à vigilância epidemiológica e a importantes conversões estratégicas em sua formulação e execução, a exemplo da superação da “fase de ataque”, onde havia aplicação em massa de moluscidas; reduzida a densidade inicial de hospedeiros (além das campanhas ecológicas pró-ecossistemas saudáveis), resultam focos de transmissão em *clusters* geralmente dispersos, onde viu-se que a ação local apresenta mais eficácia do que as grandes campanhas de guerra (DIAS, 2000);

6) à medida em que pressões exercidas por uma nova ordem mundial ocorriam, palavras como descentralização e participação popular iam invadindo o *modus operandi* das políticas estatais, induzindo transformações nos aparatos de governo e em sua relação com os cidadãos (DIAS, 2000); no Brasil, de maneira simplória, estas pressões culminaram na abertura política e na RSB, que incorporou estes e outros conceitos em suas propostas de ação;

7) o processo de urbanização acarretou mudanças nos indivíduos e na organização das sociedades, de modo que os programas que antes eram desenhados para populações dispersas e analfabetas precisaram se adequar a populações mais politicamente organizadas;

Isso considerando, pode-se partir para a compreensão do contexto de formulação da Política Nacional de Controle da Esquistossomose. Viana e Baptista (1996) colocam que a compreensão da formulação de uma política requer que se respondam, inicialmente, às seguintes perguntas: como as alternativas políticas foram formuladas? Como determinada proposição foi escolhida entre as demais alternativas? Quem participou do processo de formulação e decisão das políticas?

Para responder à primeira delas, é fundamental levar em conta que o nascedouro das ações de controle da esquistossomose deu-se no berço de um Estado anti-democrático, com ações igualmente anti-democráticas, racionalizadas por uma “elite pensante” para cumprir objetivos econômicos, sem considerar a noção de cidadania. Neste contexto, somente esta elite, com todo seu aparato militar, poderia fazer algo para sanar o problema da esquistossomose, o que provocou uma redução crônica e contínua na auto-estima da população (que pensava-se incapaz de participar ativamente das ações, já que não detinha conhecimento adequado) resultando, até hoje, no fato de o controle destas doenças ainda

dependem da ação do Estado e da área pública da saúde (DIAS, 1993). Mesmo que as principais instituições reprodutoras deste *modus operandi* tenham sido, gradativamente, substituídas ou orientadas a se adequarem aos princípios e diretrizes do SUS, este fato isoladamente não foi suficiente para dissipar este tipo de influência na execução das ações de controle de grandes endemias, o que parece permanecer até hoje. Prova disso foi o desmantelamento da então estrutura centralizada da FUNASA, que precisou adequar suas ações às diretrizes descentralizadoras assumidas pelo SUS cedendo seus profissionais para Estados e municípios de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada um (BRASIL, 2014d). Pode-se observar, neste ato, que mesmo que tenha havido a cessão dos trabalhadores, estes, dentro dos municípios, carregavam e continuam carregando toda a carga teórica e metodologia de trabalho que estão habituados a executar, o que contribuiu para a manutenção deste modo de trabalho inadequado às premissas do SUS.

Estes fatos já respondem, em parte, à segunda e terceira questões: como determinada ação foi escolhida entre as demais alternativas e quem participou da formulação? Baseando-se no descrito acima, fica claro que as ações escolhidas *a priori* contemplavam a centralização em óbvio detrimento de princípios como a descentralização e participação popular, ou seja, sem alguns dos requisitos primordiais para sua sustentabilidade.

A questão atual é: com o surgimento do SUS, como ficaram estas ações? Como a política de controle deve ser executada no âmbito da descentralização? As intenções descentralizadoras do Estado brasileiro já começaram a ficar evidentes a partir da lei 8.080/90, e não pararam por aí: houve a publicação sequencial das portarias 1.399 em 1999, nº 1.172 em 2004, além das NOBs 1991/1992, em 1993 e 1996, das NOAS 2001 / 2002, do Pacto pela Saúde em 2006 e, finalmente, do Decreto Lei Nº 7508, de 2011. Todo este aparato publicado visou atingir a plenitude dos princípios e diretrizes do SUS, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, e a consequente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas, que tanto dificultava as ações de vigilância (BRASIL, 1996, 1999, 2002, 2004, 2006a, 2006b, 2006c, 2006d, 2011).

Não bastando estas intenções estarem explicitadas em leis e portarias, foram elaborados diversos manuais e guias visando orientar as atividades a serem exercidas pelos trabalhadores nas instâncias locais, com destaque para o caderno de Atenção Básica nº 21, que prevê a assunção de parte destas atividades pelas ESF, num empenho claro para atingir a integração entre vigilância e assistência e a plenitude da descentralização.

A despeito de toda a racionalidade, há que se questionar a sustentabilidade destas portarias considerando a centralização política e de poder ainda influente no Brasil, que não

favorece o desenvolvimento de uma consciência política por parte dos seus gestores e trabalhadores no que concerne ao seu papel no controle desta doença, criando, muitas vezes, um contexto não favorável à sua implantação. Salienta-se, a partir daí, a necessidade de profundas mudanças institucionais e políticas amplamente dependentes da participação social, somente a partir do que o pressuposto ético e operacional da Reforma Sanitária pode ser efetivado.

As questões acima, relacionados aos diferentes momentos de formulação do texto político que rege o controle da esquistossomose no Brasil remetem à necessidade de se questionar que fatores devem ser considerados quando o foco da análise se volta para a fase de implantação. Este é o momento onde regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações (LIMA; DASCENDI, 2013) e onde atividades de controle e aprendizado são requeridas (VIANA, 1993). Torna-se fundamental, antes de qualquer outra coisa, entender que a chave da descentralização e, portanto, da implantação integral das ações de controle da esquistossomose reside primordialmente nos executores da política, na condição que deveriam assumir de sujeito do processo político subjacente à RSB (DIAS, 2000). Esta afirmativa não exclui o papel da população para a implementação das ações, mas o seu envolvimento, contudo, não foi o foco deste estudo.

Nesse contexto, o papel requerido dos executores da política e das instituições das quais fazem parte implica ir muito além da simples execução. Das instituições se requer o desenvolvimento de uma estrutura político-organizacional estrutural mínima e dos executores, do desenvolvimento de consciências e competências que compatibilizem os princípios do SUS com a ação de administrar e gerir, com os objetivos institucionais pretendidos e com o momento epidemiológico. Faz-se necessário, por fim, superar a ideia de que o processo de formulação é dissociado do de implementação quando se considera que aquele é permeado pela lógica da atividade política e, deste modo, é *locus* de decisão, ao passo que este estaria no âmbito da prática administrativa e, portanto, de execução acrítica (ELMORE, 1996). O momento de implantação é, sim, de decisão.

Sobre estes fundamentos, pode-se raciocinar sobre as questões para análise da implantação de quaisquer políticas colocadas por Van Meter e Van Horn (1996), para as quais corroboram Denis e Champagne (1997) e Minayo (2005): 1) qual a quantidade de mudança envolvida?; 2) qual a extensão do consenso sobre os objetivos e as metas da política?

Os autores afirmam que, no processo de implementação, a quantidade de mudanças envolvidas influencia, entre os participantes, os graus de consenso ou conflito em torno das metas e dos objetivos: quanto menor a quantidade de mudança, maior é o consenso obtido e

vice-versa. A extensão do consenso, contudo, é influenciada pela participação dos implementadores na fase de formulação, pois isso aumenta a clareza da política, reduz resistências etc. Em outras palavras, o bom *entrosamento* entre formuladores e implementadores, o *conhecimento* destes sobre as atividades pertinentes a cada fase e sobre o *projeto* também são fundamentais para o êxito da política (VAN METER; VAN HORM, 1996). Enfim, deve haver alinhamento entre o texto escrito, a compreensão dos atores e o ambiente organizacional.

Ponderando-se o controle da esquistossomose no Brasil dentro destes aspectos, pode-se verificar a inexistência de continuidade entre a formulação e a execução das ações, e um dos motivos implicados reside no fato de que mesmo que, no Brasil, tenha-se instituído que os municípios possam atuar livremente mudando os rumos de algumas políticas de acordo com necessidades regionais, a elaboração das mesmas é, essencialmente, papel da instância central. A possibilidade de formulá-los supõe uma dada inserção institucional em cargos que confirmam algum nível de centralização da autoridade. Portanto, os objetivos e estratégias de um programam expressam as decisões e as preferências de uma autoridade central (em qualquer nível em que esta autoridade esteja inserida). Mesmo programas de muito reduzida complexidade e escala supõem um agente que tomou decisões e executores encarregados de implementar tais decisões. Alternativamente, programas cujo desenho final supôs um complexo processo decisório serão necessariamente implementados por agentes que não participaram do processo de formulação (ARRETCHE, 2003).

Resultado disto é que, mesmo que existam instrumentos que estimulem a assunção do papel gestor por parte das instâncias municipais tanto no âmbito político (a exemplo do atual decreto nº 7508 e dos seus predecessores) quanto no administrativo (sistema de planejamento do SUS com seus instrumentos de gestão, os pactos de gestão, etc. e manuais técnicos de controle da esquistossomose no geral), ainda é possível detectar passividade política nas instâncias executoras no que diz respeito às ações de controle da esquistossomose dada à inabilidade de tais aparatos induzirem à “absorção” do texto político pelos *policy making* (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Outro aspecto a ser observado é a necessidade colocada de que as ESF precisam assumir ações de controle da esquistossomose em conjunto com a vigilância. Considerando que as origens mais remotas da saúde da Família são fundamentadas no cuidado à gestante e criança e doenças crônicas não transmissíveis, pode-se entender a aparente dificuldade que os profissionais de saúde da família têm de apreender os conceitos acerca da esquistossomose e seu modo de controle. A introdução do controle da esquistossomose na atenção básica

funciona, portanto, como uma quebra de “paradigma”, esbarrando nas ideias que cada um dos lados vincula ao seu controle (DIAS, 2000; BORGES DIAS; DIAS, 1986), entrando na equação maior mudança x menor consenso.

Diversos estudos mostram que as ações de controle da esquistossomose ainda não conseguiram atingir o patamar proposto pelo SUS (GOULART, 1999; FARIAS, 2007; QUININO, 2009). Vê-se, com o exposto, que as características de formulação das ações primordiais de controle da esquistossomose, pelos diversos motivos citados, continuam arraigadas nas práticas de controle atuais, sendo vistas, muitas vezes, como quebra de paradigma, indicativo de grande quantidade de mudança e, portanto, de uma possível maior dissenso em torno do objetivo fundamental que é controlar de maneira integrada e descentralizada e integral.

Neste estudo, considerou-se que a fase de implementação das ações de controle da esquistossomose é um momento de decisão política, e que fatores organizacionais localizados nas instâncias executoras das ações atrelados a fatores localizados nos agentes executores atuam conjuntamente na implantação e sustentabilidade das ações. Para entender esta complexa rede de causalidade, faz-se necessário entender algumas peculiaridades das organizações produtoras de serviços de saúde, assim como dos profissionais que dela fazem parte.

Todas estas características remetem à necessidade de incluir qualidades diversas dos agentes executores em processos de análise que considerem as organizações públicas. Ao mesmo tempo, é necessário considerar o fato de que os mesmos estão inseridos dentro de um contexto organizacional que funciona em sinergia ou antagonismo aos seus objetivos. Contudo, os modos como todos os fatores acima citados se imbricam favorecendo ou impedindo a implantação das ações de controle da esquistossomose somente é possível a partir da construção da teoria do programa, a qual será tratada a seguir.

2.3 Abordagens propostas para apreensão do papel exercido pelos profissionais na implantação das ações de saúde

Ponderando inicialmente a interação entre formulação e implantação de políticas, com relação aos profissionais, há duas correntes principais gerais que dissertam sobre o seu papel na fase de implantação: *top-down* e *bottom-up*. A primeira crê que a implantação corresponde, apenas, à “execução de atividades [...] com vistas à obtenção de metas definidas no processo

de formulação das políticas” (SILVA; MELO, 2000). Esta admite que os implementadores são técnicos sem poder de decisão. Esta visão, no entanto, não é tida neste estudo como factível, já que é praticamente impossível supor que um programa público possa ser implementado inteiramente de acordo com o desenho e os meios previstos por seus formuladores dadas as contingências de implantação. Para tanto, têm-se a segunda visão, denominada *bottom-up*, que é coerente com os objetivos deste estudo já que consideram que a política muda à medida que é executada, e a implementação é percebida como um processo interativo de formulação, implementação e reformulação (MAZMANIAN; SABATIER, 1983). Considera-se, portanto, que os agentes implementadores têm poder para traduzir tais concepções em intervenções públicas, alterando seus rumos.

Richard Elmore (1979) afirma que “os resultados políticos seriam melhor implementados se os atores implementadores ponderassem a pertinência de suas decisões antes de coloca-las em prática”. Ele dá outro nome para as abordagens top-down e bottom-up: são as *forward mapping* e *backward mapping*. Segundo ele, a primeira parte do pressuposto de que os formuladores influenciam a implementação, definindo-a no topo da pirâmide da administração e indicando o que esperam em cada fase. Assim, há uma definição de responsabilidades, e a dos formuladores é tornar claro o que se espera de cada ator em cada fase. A segunda, porém, além de pressupor que os formuladores não controlam a implementação, esta se define no ponto em que ações administrativas interceptam escolhas privadas, ou seja, no encontro e suposto alinhamento entre as ações governamentais e a população. Critica-se, então, a visão de que diretivas políticas explícitas, clareza nas funções de responsabilidade, objetivos e metas bem definidos sejam as razões do sucesso de uma determinada política.

Para Elmore (1979) e Muller e Surel (2002), a resolução dos problemas requer habilidade e discricção e ocorre por meio da ação dos atores, da implantação de suas estratégias, da gestão de seus conflitos e dos processos de aprendizagem. A política pública pode chamar a atenção dos indivíduos para solução dos problemas e oferecer uma *ocasião* para aplicação de suas habilidades e seu julgamento.

Do mesmo modo, Denis e Champagne (1997, grifo nosso) propõem que a implantação deve ser compreendida considerando os posicionamentos dos atores com relação ao texto político, resultado de ajustes às pressões externas e internas, estando esta intimamente dependente do *suporte* dado à intervenção pelos agentes de implantação; do exercício de um *controle* suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a

intervenção; e de uma forte *coerência* entre os motivos subjacentes ao suporte que eles dão à intervenção e os objetivos que ali estão associados.

Para estes autores, a tríade *suporte x controle x coerência* é que apoia a transformação do desenho político em ações dentro de um ambiente organizacional, partindo-se do princípio que o *suporte* está ligado à aprovação (aceitação, consentimento) do texto com consequente apoio às ações, o *controle* está condicionado ao domínio, ao conhecimento, ao grau de influência, autoridade e governabilidade que estes autores têm no seu âmbito de trabalho e, por fim, a *coerência*, que está ligada às similaridades entre os atributos dos atores e os objetivos da política, à conformidade entre os fatos e ideias.

Ainda neste cenário, podem-se sublinhar as contribuições de Van Meter e van Horn (1996) no tocante à importância dos atores implementadores para o sucesso da política: os atores precisam estar *dispostos* a executar as ações. Para tanto, ele estabelece que o grau de implementação de uma política vai depender da compreensão da política, da resposta (aceitação, neutralidade, rejeição) e da intensidade da resposta.

A implantação depende, segundo Van Meter e Van Horn (1996), do entendimento que os atores têm da política, da aquiescência diante do texto político e de fatores (internos ou externos) que influenciarão a veemência da resposta traduzida no grau de implantação das ações (quantidade das ações propostas no texto que são, realmente, implantadas).

Outros autores, como Eugene Bardach (1977), defendem que os interesses dos agentes implementadores podem apresentar maior ou menor compatibilidade com o desenho político. Assim, ele vê o processo de implementação como “um processo de interação estratégica entre numerosos interesses especiais, no qual todos defendem seus próprios interesses”. Nestas circunstâncias, Mitnick e Backoff (1984) sugerem que, para haver adesão dos atores implementadores, faz-se necessária a existência de uma rede de incentivos por parte desta autoridade central. Assim, a implementação compõe uma cadeia de *relações* entre formuladores e implementadores, e entre implementadores situados em diferentes posições na máquina governamental. Isto implica que a maior proximidade entre as intenções do formulador e a ação dos implementadores dependerá do sucesso do primeiro em obter a adesão dos agentes implementadores aos objetivos e à metodologia de operação de um programa. Assim, a implementação seria, de fato, uma cadeia de *relações* entre formuladores e implementadores, e entre implementadores situados em diferentes posições na máquina governamental.

No processo colocado pelas abordagens *backward* e *forward*, duas perguntas podem ser feitas: que habilidade é preciso para interferir no comportamento dos que são afetados pela

política? Que recursos são necessários para obter tal efeito? O resultado é a somatória de recursos mais organização, e o sucesso deve ser condicionado pela capacidade dos atores, de qualquer nível do processo da implementação, de influenciar atores de outros níveis - no máximo, pela capacidade das organizações públicas, como um todo, de influenciar comportamentos privados. A partir daí, surge a necessidade de se acrescentar a ação da população-objeto da política na implantação das ações e o fato de os atores estarem inseridos em determinado ambiente organizacional, que molda suas ações.

Dentro da primeira perspectiva, que considera o papel da população alvo, Viana resume em seu artigo publicado em 1996 as contribuições de Markku Kiviniemi para a apreensão da fase de implantação de uma política. Este autor ressalta que a “política envolve *ação social* que produz impactos”; esta envolve diferentes *ações intencionais* de vários sujeitos e, quando se torna operativa, passa a contar com recursos e discursos. Assim, a implementação é vista como ação social, traduzindo-se no encontro de diferentes intenções, de diferentes atores. Esta visão, que se baseia nas proposições de Sabatier e Masmanian (1983), vai além da preponderância dada ao papel dos agentes implementadores e inclui o papel desempenhado por atores não governamentais com poder de ação na implantação da política (população alvo da política). Este autor conclui, portanto, que o papel dos implementadores (atores governamentais) é apenas um dos lados a serem considerados na implantação de políticas e que uma análise mais completa deve incluir a ação dos *atores-objeto* da política (população alvo) como sujeitos com ações intencionais. Neste trabalho, embora se concorde com esta ponderação, a influência dos atores-objeto da política não foi levada em conta por não ser objeto do estudo.

A segunda perspectiva considera que os atores, agem de acordo com as características da organização na qual estão imersos. Arretche (1998), partindo do princípio que todo programa tem objetivos e um desenho de implementação, os quais se expressam em uma legislação geral e uma regulamentação específica, como é o caso do PCE, propõe que a abordagem do papel destes atores seja feita a partir de algumas questões principais: se eles, de fato, conhecem a política; se, embora conhecendo, *aceitam* os objetivos e regras da política (pode ocorrer que, embora conhecendo os objetivos do programa, os implementadores discordem das prioridades estabelecidas e elejam suas próprias prioridades - burocráticas, ou de sua clientela, ou ainda de grupos de interesses – como sua referência de atuação); se, embora conheçam e aceitem a política, não possam, por diversas razões institucionais/ organizacionais, realizar os objetivos previstos.

Outros autores corroboram com essa visão e dão, também, suas contribuições. Lipsky (2010) considera que profissionais, trabalhando em organizações produtoras de saúde, compõem as chamadas *streetlevel* bureaucracy, definidas como “organizações nas quais os trabalhadores interagem diretamente com cidadãos no curso de suas tarefas e que têm substancial discricção na execução de seu trabalho”. Para ele, as condições de trabalho é quem determinam a política que será, de fato, implementada, e são produto dos meios criados pelos trabalhadores para adequar o texto político às incertezas e pressões do trabalho.

Esse *approach* que, segundo Elmore (1996) e O’Brien e Li (1999) aposta numa discricionarieidade inevitável e desejável dos implementadores, já que esses detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar o plano a elas. Eles apostam que o padrão de sucesso da política condiciona-se à capacidade de a postura dos atores influenciar uns aos outros e das organizações públicas de influenciar o comportamento de cada um deles.

Em resumo, a princípio, é praticamente impossível que os objetivos, ideias e características dos atores implementadores converjam para um ponto único ideal onde tudo corrobora para a implantação da política. A tendência à não convergência é tanto maior quanto mais complexo e carregado de mudanças o programa for. Assim, antes de ser uma fase (técnica e obediente) que sucede à formulação (política) de programas, a implementação pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocarem em prática objetivos e estratégias que lhe são alheios (MITNIC; BACKOFF, 1984).

Assim, nesse ponto de convergência entre o texto político, os fazedores de política, a população e a organização, deve-se considerar, dentro da lógica *backward*, a necessidade de conectar a decisão política (por parte, logicamente, dos atores implementadores) diretamente com o ponto no qual os efeitos ocorrem, ou seja: a concreta exposição dos comportamentos dentro da organização; a descrição da série de operações esperadas das organizações para influenciar comportamentos; a descrição dos efeitos esperados por essas operações em cada nível do processo de implementação para atingir o comportamento da população-alvo; e a identificação de recursos necessários para efetuar cada mudança.

Enfim, pode-se concluir, a partir dos elementos citados, que é fundamental que os sujeitos políticos entendam e conheçam a política, para que estes possam dar a resposta adequada ao exigido no texto através da execução correta e completa das ações. A apreensão destes fatores pode arrimar-se mais para o campo político, onde os atores são vistos como tendo poder de decisão, ou para o campo administrativo, onde os atores apenas implementam

a política. A abordagem dos agentes implementadores podem enfatizar desde as capacidades requeridas para a implantação da política, intrínsecas ao ser ator, até o fato de estes estarem imersos em um ambiente organizacional que possui características próprias.

2.4 Abordagens para apreensão do papel exercido pelas organizações produtoras de serviços de saúde na implantação das ações de saúde

Uma organização é uma combinação intencional de pessoas e tecnologias para atingir determinado objetivo. Uma empresa é uma organização, mas um determinado setor da mesma também o é (BRANDÃO, 2001). Toda organização é formada, basicamente, de pessoas (recursos humanos), recursos materiais, tarefas (processos) e administração (planejamento, liderança, controle, avaliação) e encontra-se mergulhada em um ambiente influenciado por fatores externos que, no caso de organizações privadas, incluem concorrentes, fornecedores e clientes além de fatores sociais, econômicos, etc., enfim, regras estabelecidas por relações mercadológicas (BRANDÃO, 2011; CHIAVENATTO, 2008; GIBSON, 1981). As secretarias municipais de saúde, segundo esse conceito, são consideradas organizações produtoras de cuidado em saúde.

As organizações públicas, no geral, e as produtoras de serviços de saúde em particular, são formadas pelos mesmos elementos constituintes citados acima e se enquadram no referido conceito (DUSSAULT, 1992). No entanto, por uma série de peculiaridades, perseguem objetivos diferentes das privadas e seu funcionamento é, muitas vezes, regulado por fatores externos à organização *per si*. Há uma combinação de atributos que devem ser considerados quando se deseja apreender o funcionamento de organizações desta natureza.

Primeiro, são organizações do tipo profissional (MINTZBERG, 1989, 1995) por causa de sua dependência com relação ao trabalho de especialistas. Os processos profissionais têm suas práticas formalizadas por normas colocadas tanto pelos conselhos de classe quanto por aparatos normativos próprios das instituições onde estão inseridos, por isso, o mecanismo dominante neste tipo de organização é a padronização das qualificações. No entanto, mesmo que a formalidade seja importante diante da necessidade de prestar serviços de qualidade, não podem haver excessos nesta área dada a necessidade de se adequar os serviços às necessidades específicas dos usuários. Por este motivo, também, a centralização e a burocratização excessivas não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de bom nível. Os profissionais, por serem especializados, possuem certa autonomia em sua área de atuação, o que pode favorecer a segmentação em grupos com interesses

divergentes atrelados às suas práticas cotidianas, dificultando a integração. Mintzberg (1989) e Azevedo (1993) ressaltam que, nesse contexto de poder partilhado e disputa entre os grupos para impor suas verdades, o processo de elaboração de estratégias pode ser descontínuo e cada decisão, fruto de um jogo de forças fortuito. Enfim, as características próprias de seu ambiente profissional tornam o processo decisório nessas organizações bastante tortuoso e a cooperação um grande desafio. Por outro lado, esta mesma autonomia favorece a implantação de mudanças por motivos óbvios (DUSSAULT, 1992).

Segundo, os serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar. Por causa desta complexidade, os profissionais conservam muita cautela nas decisões relativas ao tipo e à maneira de produzir os serviços, o que quer dizer que tendem a seguir as normas de qualidade propostas. Em consequência, o potencial de trabalho deles não é explorado ao máximo: o papel da *technostructure*, dos gerentes e também do *locus* de tomada de decisão pode ficar limitado (DUSSAULT, 1992).

Por fim, há problemas de ética administrativa relativos à escolha das prioridades, à alocação dos recursos, o que sempre implica custos de oportunidade num contexto de recursos limitados, por exemplo, um objetivo político partidário pode ser perseguido, como a construção de um hospital, em detrimento de um objetivo econômico como a necessidade de se reduzir custos (DUSSAULT, 1992).

Assim, a abordagem de uma organização produtora de saúde deve estar atenta às características da organização que serve de campo onde os atores implementam suas decisões.

Dando força a estas afirmações, e para dar conta de apreender toda a sua completude, Van Meter e Van Horn (1996) assinalam que uma abordagem destas organizações deve considerar o tamanho e a competência da equipe; os graus de hierarquia e sistemas de controle; os graus de autonomia; a vitalidade da equipe; as redes de comunicação e encadeamentos que promovem. Para eles, a execução de atividades depende também da *clareza* com que metas e objetivos são fixados e da *consistência* com que são comunicados, da relação entre atividades que envolvem auxílios técnicos e de informação e da escolha do tipo de controle (coercitivo, remunerativo ou normativo) a ser exercido. As condições políticas, econômicas e sociais dependem dos recursos econômicos disponíveis; da opinião pública; da posição das elites; dos partidos de oposição; e da posição dos grupos privados não-institucionais.

Denis e Champagne (1997) resumem em sua obra a contribuição de diversos autores que se preocuparam em ponderar o papel da organização na implantação de políticas, a partir do que propõem que a abordagem deste tipo de organização se dê mediante o uso do modelo

estrutural. Este modelo, que do mesmo modo corrobora com as afirmações acima, reza que organizações que conseguem implantar uma intervenção e que apresentam um contexto favorável à sua eficácia se distinguem das outras por uma série de características referentes aos atributos organizacionais: tamanho, centralização, formalização, nível de especialização etc., contexto organizacional - incerteza ambiental, grau de competição, clima organizacional, grau de urbanização. Interessa pontuar que os mesmos incluem e enfatizam a participação das características do que eles chamam de “gestionários imersos nestas organizações – *locus of control*, como atenção prestada à inovação, orientação cosmopolita ou local”.

Assim, faz-se necessário que análises de implantação de políticas considerem tanto o papel desempenhado pelos atores implementadores *per si*, quanto pelas características organizações das instituições onde estão imersos.

2.5 Necessidades e oportunidades para realização de análises de implantação

A fase de implementação tem merecido destaque na tentativa de melhor compreender porque os governos são melhores em formular do que efetuar mudanças desejadas (VIANA; BAPTISTA, 2008). Conforme dito antes, importa ao avaliador buscar agregar, em suas análises, os processos macro e o micropolíticos, sem subtrair os sistemas componentes da administração pública (VIANA; BAPTISTA, 2008), de modo que o foco da análise incida tanto sobre a formação do discurso da política quanto sobre a interpretação ativa que os profissionais que atuam no contexto da prática fazem para relacionar os textos da política à prática (MAINARDES, 2006).

Partindo-se destas ponderações, reconhecendo-se os limites próprios do modelo da caixa preta, houve crescente interesse pelos problemas ligados à implantação das políticas e programas de saúde, consideradas genericamente como *intervenções* em saúde. Para se atingir o objetivo primordial desta pesquisa, faz-se necessário revisitar alguns conceitos do que significa implantação de uma intervenção governamental.

Segundo Contrandopoulos *et al.* (1997, p. 50), uma intervenção é constituída pelo “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”. Neste estudo, considerou-se que o PCE enquanto política pública de saúde é uma intervenção e, portanto, passível de ser avaliado segundo as influências contextuais.

Por implantação entende-se “a transferência, em nível operacional, de uma intervenção” (PATTON, 1986). O processo de implantação de uma intervenção refere-se, portanto, à “operacionalização de um projeto, isto é, à sua integração a um dado contexto organizacional” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 56). Seu conceito refere-se ao alcance da operacionalização adequada de uma intervenção, refletida no uso apropriado e suficientemente intensivo da intervenção (SCHEIRER; REZMOVIC, 1984).

Segundo as apreciações tratadas ao longo do presente trabalho, para que uma determinada ação governamental aconteça conforme planejado, faz-se necessário considerar não somente o conteúdo da política, mas as condições de implantação, principalmente no que diz respeito aos papéis desempenhados pelos agentes implementadores como sujeitos da política e pelo contexto organizacional onde a mesma será implementada. Há, portanto, dois momentos avaliativos: o momento da verificação de quais partes do texto político foram implementados (avaliação do conteúdo da política) e o momento de saber o que contribuiu para a implantação dos mesmos (avaliação do contexto de implantação).

Para tanto, Champagne et al (2011) propõem uma tipologia que compreende três abordagens distintas no que concerne aos diferentes alvos da avaliação da implantação que, segundo os mesmos autores, é similar ao estudo dos processos causais de Mark (1987 *apud* DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 54), que considera que “na avaliação de programas, o estudo do processo causal envolve relacionamentos entre os componentes do programa (conteúdo), variáveis contextuais e respostas dos clientes”.

Assim sendo, estes autores propõem que a análise da implantação se apoie, conceitualmente, na análise da influência sobre três componentes: dos determinantes contextuais no GI das intervenções; das variações da implantação na sua eficácia; da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Ao se optar pelo componente 1, é possível verificar a variação na implantação de uma intervenção em função das características contextuais. Neste caso, o GI de uma intervenção representa a variável dependente e as características contextuais a variável independente, o que torna possível definir os fatores explicativos, relacionados ao contexto, das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada.

O componente 2 é utilizado quando se deseja analisar a influência da variação na implantação sobre os efeitos observados. Neste caso, o GI é a variável independente, enquanto que os efeitos são a variável dependente.

Por fim, o componente 3 verifica a influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

Em suma, o objetivo geral da AI é verificar os porquês da existência de uma lacuna entre a intervenção que foi planejada e a observada, e considera que fatores do contexto são os principais responsáveis por esta variação.

Assim sendo, os autores propõem, a partir de uma intensa revisão bibliográfica, alguns modelos para o estudo do contexto, os quais são inspirados na teoria das organizações: o modelo racional, o modelo do desenvolvimento organizacional, o modelo psicológico, o modelo estrutural e o modelo político.

O modelo racional reza que um contexto favorável à implantação de uma intervenção depende, principalmente, de um processo de planejamento de qualidade, do exercício de um controle hierárquico suficiente sobre os indivíduos responsáveis em implantar uma intervenção (Harrison, 1995; Kirkparick, 1986 apud Denis; Champagne, 1997), de um grau de coerência entre as expectativas dos gestores em posição de autoridade e os comportamentos esperados pela introdução da intervenção e de uma comunicação adequada dos planos aos agentes de implantação (Elmore, 1978 apud Denis; Champagne, 1997) e de uma elevada conformidade entre seus comportamentos e as diretrizes que são emitidas (HARRISON, 1985 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

O modelo do desenvolvimento organizacional preconiza que um contexto favorável à implantação se caracteriza por um “modelo participativo de gestão, de uma descentralização dos processos de decisão e de mecanismos que favorecem uma boa comunicação na organização” (BECKHARD, 1969; FRENCH; ZAWACKI, 1978; LIPPITT, 1982 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997)

O modelo psicológico, por sua vez, postula “uma relação sequencial entre as crenças, as atitudes, as intenções e os comportamentos” (FISHBEIN; AJZEN, 1975 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

O modelo Estrutural preconiza que um contexto favorável à implantação de uma intervenção está relacionado a características referentes aos atributos organizacionais (tamanho, centralização, formalização, nível de especialização, inovação), contexto organizacional (grau de competição, facilidade organizacional, grau de urbanização, etc.) e atributos dos gestores (atenção dada a inovação, orientação cosmopolita ou local, etc.) (CHAMPAGNE, 2011).

Finalmente, o modelo político, que preconiza que “as dificuldades ligadas à implantação de uma intervenção não dependem de uma ineficácia do processo de planejamento ou do sistema de controle, mas sim de interesses particulares dos atores influentes na organização” (BARLEY, 1986; BECKER; WHISLER, 1967; BURNS;

STALKER, 1961; CARNALL, 1986; DEBE; LEATT, 1986; HARVEY, MILLS, 1970; MCLAUGHLIN; PETTIGREW, 1985; MIGHT, 1984; ROBEY, 1984; ZMUD; WILSON, 1966 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997)”. Em outras palavras, estão ligadas às intenções e atitudes dos atores, aos movimentos feitos por ele no sentido de favorecer ou dificultar a implantação da intervenção.

Considerando os modelos explicitados, Denis e Champagne (1997) propõem o modelo político e contingente, que se inspira nas abordagens política e estrutural. Segundo este modelo, o processo de implantação deve ser abordado segundo uma perspectiva política (que, neste caso, refere-se a interesses particulares dos atores influentes na organização, ou seja, a dimensão individual da política), a qual sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural (características estruturais de uma organização e do seu entorno que funcionam em sinergia ou antagonismo às estratégias fundamentais – objetivos – dos atores).

Esta abordagem, proposta por Champagne *et al.* (2011), é tida como apropriada neste estudo, já que explica, de fato, a influência dos fatores implicados com uma maior ou menor operacionalização da intervenção, ou seja, o intervalo entre a intervenção planejada e implantada, apoiando-se conceitualmente no seu componente 1b, que foca na análise da influência dos fatores contextuais no GI. Esta análise apresenta similaridades com o estudo dos processos causais em pesquisa avaliativa de Mark (1987 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 56), que considera que variáveis contextuais “x” provoca(m) determinado(s) efeito(s) em uma variável dependente “y”.

A utilidade do uso deste modelo para o estudo da implantação das ações de controle da esquistossomose em Pernambuco reside no fato de que se verifica que estas ações, no momento em que trazem consigo os conceitos de descentralização e integralidade, representam grande quantidade de mudança que precisa ser absorvida pelos agentes implementadores dentro de um contexto organizacional que também precisa adaptar-se às mudanças, a fim de que a política seja implementada. Assim, o contexto funciona como a variável independente “X” causando efeitos na variável dependente PCE “Y”.

2.5.1 O papel desempenhado pela teoria nas análises de implantação

No campo da avaliação de intervenções em saúde, assim como na própria produção do conhecimento científico, torna-se necessário entender o papel desempenhado pela teoria.

A avaliação orientada pela teoria visa, justamente, superar o tipo tradicional de avaliação do tipo insumos/ produtos (*black box evaluations*), não sensível aos contextos

políticos e organizacionais (HARTZ, 1997). Este tipo de avaliação baseia-se primordialmente nos efeitos trazidos pela intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), onde esta é tratada como variável dicotômica (causa [X] – efeito [Y]) e linear, relativamente homogênea, e que não sofre nenhuma variação de acordo com o meio onde ela é implementada (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Ou seja, não considera a intervenção como produto do meio onde ela é implementada sendo, portanto, irreal. A intervenção, a partir deste modelo, apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada e é impermeável à influência das características dos meios nos quais ela é introduzida. Consequentemente, a avaliação dos efeitos não traz nenhuma atenção à especificação dos processos envolvidos na produção das mudanças observadas depois da introdução de uma intervenção

Em outras palavras, sendo o propósito mais nobre do processo avaliativo o fortalecimento do movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos (MINAYO, 2005), ou seja, a promoção de mudanças sociais, uma avaliação que se interessa exclusivamente pelos efeitos das intervenções não traz nenhuma atenção à especificação dos processos envolvidos na produção das mudanças observadas depois da introdução desta intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011) sendo, portanto, pouco condizente com a realidade de execução das intervenções. A avaliação orientada pela teoria visa, justamente, superar este tipo de avaliação. Para Contrandiopoulos *et al* (2000), uma teoria se expressaria pelos enunciados das relações que existem entre os conceitos.

Sendo o conhecimento científico resultado de um permanente ir e vir entre teoria e empiria, de uma constante tensão entre o normativo (pressuposto) e o constatativo (observável), um dado empírico somente pode funcionar como prova ou evidência se vier respaldado por um corpo de hipóteses derivado de um conjunto de pressuposições teóricas (MINAYO, 2005). O *objeto da ciência* é, portanto, um objeto construído que mescla componentes empíricos e componentes teóricos e é inteligível, passível de investigação, o que pressupõe a possibilidade de descrição de seus componentes e a possibilidade de sua reelaboração segundo alguma racionalidade (MINAYO, 2005).

Considerando tais argumentos, outro conceito que deve ser entendido no quesito avaliação de programas e que vai agregar conhecimentos ao processo de utilização da teoria no campo da avaliação é o de modelo teórico. Para Medina *et al.* (1997), o passo inicial a conquista conceitual da realidade é a idealização. É o que se chama de “*objeto-modelo*”, que procura representar os traços-chave de um objeto completo (MEDINA *et al.*, 1997). Este objeto-modelo, por sua vez, necessita ser dotado de propriedades passíveis de serem tratadas pela teoria, ele deve ser enxertado com uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos

(MEDINA, 2005). A construção da teoria do objeto-modelo, ou seja, a elaboração do modelo teórico, é o segundo passo para a conquista conceitual da realidade.

Neste trabalho, considerando o conceito de estudo dos processos causais de Mark (1987), para a construção do modelo teórico do PCE, foi levado em conta o conceito de *teoria causal* de um programa. A teoria causal especifica as associações entre o tratamento e os resultados, ao mesmo tempo em que explica a ação das variáveis que intervêm no processo. De acordo com Hartz *et al.* (1997), estas variáveis, agindo de forma complementar, compõem a microteoria e a macroteoria do programa: a microteoria, baseada em normas, descreve o aspecto estrutural e operacional, produzindo a informação para o conjunto sobre as partes do programa; já a macroteoria detalha os fatores organizacionais e sociopolíticos que atuam favorecendo ou inibindo os efeitos do programa.

É fato que os teóricos das organizações não chegaram a um consenso sobre quais seriam as variáveis explicativas da implantação de uma intervenção (HARTZ *et al.*, 1997), de modo que é possível considerar uma série de contribuições no momento de construção do modelo. A teoria causal, utilizada aqui, permite compreender a organização a partir de seus diversos aspectos: sociais, históricos, políticos, etc. Em suma, esta abordagem sugere que se leve em consideração diferentes níveis de análise, a fim de se abordar as relações entre a micro a macro teoria (HARTZ *et al.*, 1997).

2.5.1.1 Microteoria: a qualidade técnica no foco da avaliação

A microteoria é baseada nas normas e descreve o aspecto estrutural e operacional do programa, produzindo informações sobre o funcionamento da intervenção. Ela se volta para o conteúdo do programa *per si*, explicando os atributos necessários e suficientes para produzirem isolada e/ou integradamente os efeitos esperados (ingredientes ativos) (HARTZ, 1999). Esta construção lógica pode derivar de várias fontes como os resultados de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais, experiência dos gestores e avaliadores, normas e leis vigentes (REYNOLDS, 1998). Neste caso, ao se olhar pra dentro do programa, este é tratado na singularidade de suas ações, a partir do conjunto de efeitos lógica e hierarquicamente articulados em uma série de relações do tipo “se-então” associando recursos, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazo (PLANTZ *et al.*, 1997). Destes conceitos resulta a definição de modelo lógico, cuja construção será tratada no capítulo seguinte.

Antes de tratar de aspectos metodológicos como a construção do modelo lógico do PCE, faz-se necessário esclarecer o objetivo de uma avaliação baseada na microteoria do

programa. A avaliação de serviços ou programas requer que se situe a avaliação no campo das modalidades de intervenção social e, conseqüentemente, das ciências sociais, recorrendo-se à utilização de “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável” – a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Segundo Uchimura e Bosi (2002), para estes autores, a diferença entre este tipo de avaliação e aquela onde se julgam fatos cotidianos de forma despreocupada ocorre substancialmente no que se reporta ao método, já que os objetivos são os mesmos: julgar o valor.

Robustecendo, em parte, o dilema entre a avaliação sistemática e a avaliação de fatos cotidianos, Contrandiopoulos *et al.* (1997, p. 54-6) desenvolveram uma teoria onde consideram que a área da pesquisa científica e da avaliação dialogam somente em parte, e chamaram de avaliação normativa aquela onde se faz “um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando-se os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas” e de pesquisa avaliativa “aquela onde se faz um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos”.

A despeito destas considerações, a tríade estrutura-processo-resultado desenvolvida, inicialmente, por Donabedian em 1966, tornou-se um dos modelos mais difundidos para avaliação de programas de saúde no que diz respeito ao seu conteúdo, por contemplar a lógica de funcionamento de programas que atendem diretamente o público: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994; UCHIMURA; BOSI, 2002). Esta abordagem tem sido utilizada, inclusive, para medir a qualidade dos serviços de saúde (VUORI, 1982) no que se refere aos seus aspectos mais objetivos. Autores como Uchimura e Bosi (2002, p. 1563) colocam que “a análise de programas ou de seus constituintes à luz de critérios e normas, sejam estes cientificamente estabelecidos ou não, consiste, sim, em uma atividade científica, que requer, para sua execução, determinado rigor metodológico.”

Champagne et al (2011), citando vários outros autores, trazem a medição do Grau de Implantação (GI) como um procedimento metodológico que pode ser usado para estimar numericamente e, a partir daí, julgar uma intervenção. A partir da medição do GI, pode-se averiguar a contribuição dos componentes (estrutura, processo, resultado) verdadeiramente implantados do programa avaliado. Eles compilam as etapas necessárias para a medição do GI, que podem ser assim sintetizadas: 1) especificar os componentes da intervenção (a teoria do programa, já especificada); 2) identificar as práticas requeridas para a implantação de uma

intervenção (geralmente a partir das normas estabelecidas); 3) identificar o que realmente é feito e comparar com o que é exigido.

Sendo assim, a avaliação normativa do GI de uma intervenção levando-se em conta a tríade estrutura- processo e resultado pode ser utilizada para julgar o modo de funcionamento de programas comparando-se a critérios e normas pré-estabelecidos, servindo para avaliar a qualidade técnico-científica do mesmo. Contudo, apesar de bastante útil, deve-se levar em conta que tal abordagem, no que diz respeito ao modo de produção dos efeitos, tem pouca validade externa, já que, na realidade empírica de execução das ações e serviços de saúde, não se pode estabelecer até que ponto os resultados produzidos foram por causa da intervenção por si só ou se outros fatores encontram-se implicados na definição destes resultados (CHAMPAGNE et al, 2011). Daí insurge a necessidade de se entender o papel desempenhado por outras variáveis que não a intervenção avaliada (contexto) na determinação dos efeitos observados.

2.5.1.2 Macroteoria

A macroteoria detalha os fatores organizacionais e sociopolíticos que atuam favorecendo ou inibindo os efeitos do programa (HARTZ, 1999). Para apreensão inicial da macroteoria envolvida na produção do cuidado em esquistossomose, pode-se fazer uma analogia com o modelo de Dalgren e Whitehead (DALGREN; WHITEHEAD, 2001) segundo os quais vários são os fatores que, agindo na sociedade acarretam, nos diversos grupos sociais, diferentes perfis de morbi-mortalidade. Tais autores propõem um modelo que permite estudar a ação destes determinantes da saúde, mais precisamente, dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), onde os mesmos encontram-se dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Segundo este modelo, os indivíduos estão na base, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, como vimos, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível estão representados os *fatores relacionados a condições de vida* e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais,

como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais, históricas e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Este modelo pode ser usado para entender a forma como as pessoas vem a adoecer de esquistossomose porque leva em conta desde características individuais que favorecem o desenvolvimento de formas mais ou menos graves da doença, passando por hábitos de vida como o lavar de roupas em rios e açudes, hábito este que pode ser fortemente influenciado por determinantes situados em níveis imediatamente acima, como condições de vida e trabalho (o emprego de lavadeira e a falta de saneamento básico podem estar levando esta pessoa a lavar suas roupas em um rio), até que, enfim, fatores históricos, sociais e culturais, como a forma de organização desta sociedade, podem estar contribuindo no processo de adoecimento por esquistossomose.

Uma condição de adoecimento complexa como esta exige dos sistemas de saúde ação em três níveis, conforme proposto por Castellanos (1987): *Nível Singular*, onde a ação dos serviços de saúde visa diagnosticar e tratar a doença, agindo nos determinantes mais proximais e individuais; as ações de saúde neste nível dependem da existência de tecnologias específicas (desde material até pessoal qualificado) para os respectivos problemas; *Nível Particular*, onde os problemas são definidos pelos *grupos de população* e, por isso, as intervenções neste nível organizam-se em torno de grupos-alvo; exemplo de ações de saúde neste nível são os programas de controle e a forma como estes são organizados, a exemplo do PCE; *Nível Estrutural*, onde os problemas de saúde são abordados em suas perspectivas histórica, social e cultural, levando em conta o desenvolvimento econômico e as formas sociopolíticas de organização coletiva, nelas incluindo-se os serviços de saúde. Como exemplo de ação do sistema de cuidados de saúde neste nível, podem-se citar a *formulação* das políticas de controle das grandes endemias no Brasil (nelas incluído o controle da esquistossomose), fortemente influenciada por fatores políticos, históricos e econômicos os quais, neste caso, deram respaldo para a existência de importantes instituições dotadas de poder, a exemplo da SUCAM, cujos preceitos influenciaram e influenciam fortemente a elaboração destas políticas, moldando comportamento dos atores e convalidando a ação do Estado.

Considerando estes conceitos, sabendo que eles são levados em conta na construção de políticas pode-se, de maneira análoga, sugerir um modelo teórico que dê conta da política de controle da esquistossomose e de fatores que podem estar implicados com a sua implantação. Pode-se, assim, referir que a implantação de um programa é condicionada pelo processo histórico de *formulação* das políticas de saúde no nível estrutural, perpassando pelos *sistemas logísticos e operacionais* (recursos materiais, financeiros e o modo de operacionalizar o programa) nos quais este programa se inscreve e pelas respostas (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores (HARTZ et al, 1997). Para estudar este quadro teórico, faz-se necessária a escolha de modelos que deem conta deste aglomerado complexo de conjecturas. Um modelo teórico possível que compilaria estes enunciados pode ser visualizado na figura 1.

Figura 1- Modelo teórico preliminar para avaliação da implantação do PCE.



Fonte: elaborado pela autora.

No entanto, a apreensão destes fatores, com toda esta completude, exigiria não somente uma estratégia de pesquisa, mas várias, de modo a apreender desde os fatores distais, compostos pela influência histórica na construção das políticas de controle da esquistossomose, passando pelo estudo da adequação do texto da política até chegar aos fatores que influenciam sua execução no nível local, e este não é o propósito deste estudo.

Devido a estas peculiaridades, os teóricos da avaliação estão distantes de chegar a um consenso sobre que modelo utilizar para analisar a implantação de uma política (HARTZ, 1997). Assim, Denis e Champagne (1997) propõem uma *análise de implantação* que

considera fatores mais intrinsecamente ligados ao programa em si, considerando que sua sustentabilidade está relacionada às posturas assumidas pelos atores responsáveis por sua implantação diante do texto político, partindo-se do princípio que estes encontram-se submergidos em um contexto organizacional que atua favorecendo ou inibindo suas estratégias. Este tipo de avaliação leva em conta que a implantação do programa varia em dependência do entrelaçamento dos fatores citados e foi tomado como adequado para atingir os objetivos deste estudo.

Antes de se explicitar esta abordagem em todos os seus detalhes, para dar robustez ao modelo adotado, deve-se tomar como ponto de partida a definição de Paim e Teixeira (2006) para políticas públicas. Segundo este autor, este termo abrange tanto as questões relativas ao *poder* em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) como as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. Desta forma, uma análise de qualquer política deve buscar abranger tanto seu conteúdo quanto a conjuntura de implantação, de modo a evitar conclusões irreais sobre os resultados da mesma.

Seguindo este conceito, o contexto de implantação de uma intervenção diz respeito ao ambiente (político, estrutural, organizacional, etc) onde ela é executada ou implantada. Considerar o contexto de implantação de uma intervenção significa admitir que outros fatores, além dela própria, podem estar implicados na produção dos efeitos observados. A avaliação pura dos efeitos de uma intervenção, sem considerar o contexto, apoia-se no modelo da caixa-preta (*Black Box experiment*), já visto antes, onde a intervenção é tratada como variável dicotômica (a presença/ ausência da intervenção 'X' produz/ não produz os efeitos 'Y'). Conforme já mencionado, Champagne et al. (2011) criticam esta abordagem por impor um modelo pouco condizente com a realidade, não se preocupando em especificar os processos envolvidos na produção das mudanças observadas depois da introdução da intervenção.

Para embasar o estudo do contexto, os autores consideram ser a nossa sociedade formada por diversas organizações, e a consequência disso é que a implantação de uma intervenção vai supor necessariamente mudanças organizacionais, ou seja, “processos complexos de adaptação e de apropriação das políticas ou programas nos diferentes meios em questão” (CHAMPAGNE et al., 2011).

Considerando a relativa variedade de modelos existentes, citados em tópico anterior, os teóricos das organizações estão longe de chegar a um consenso sobre as variáveis explicativas da implantação de uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011; HARTZ et al., 1997), o que permite que se considere uma série de contribuições quando se intenta procurar as variáveis explicativas da implantação de uma intervenção, de modo que é possível, a partir

dos objetivos pretendidos, a formulação de modelos teóricos compostos por diversas abordagens.

Neste sentido, a pergunta que se faz pertinente agora é: que modelo escolher para identificar os fatores contextuais que influenciam na implantação das ações do PCE nas instâncias municipais?

De acordo com a teoria tratada, considerando-se o enorme processo de mudança trazido pela nova forma de cuidar da esquistossomose colocada pelo SUS atrelado ao importante papel desempenhado pelos agentes implementadores como sujeitos da mudança política imersos em um ambiente organizacional também sujeito às mudanças, considerou-se o modelo político e contingente como mais adequado para responder às perguntas do estudo, já que o mesmo aborda a relação entre fatores pessoais e organizacionais na implicação dos resultados da política.

2.6 Uma proposta para análise da implantação do PCE em municípios do Estado de Pernambuco

A análise das ações de controle da esquistossomose a serem implementadas dentro das secretarias municipais enquanto organizações públicas produtoras de serviços de saúde deve levar em conta, primeiro, a avaliação da implantação do PCE e, em seguida, os fatores contextuais envolvidos com uma melhor ou pior implantação do mesmo.

O método para análise do contexto considerado utilizou principalmente a abordagem desenvolvida por Denis e Champagne (2011) pensada para captar a influência dos fatores contextuais na implantação de intervenções (análise de implantação tipo 1b) mediante uso do modelo *político e contingente*.

Segundo este modelo:

[...] a organização é uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes. No entanto, *objetivos particulares* são associados à intervenção que se procura implantar. Os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de *atualização de suas estratégias fundamentais*. O apoio dado pelos atores às características e aos objetivos associados a intervenção se traduz em um conjunto de estratégias de reação à intervenção que interagem dentro de uma distribuição particular do poder na organização. O nível de atualização das estratégias dos atores depende do seu grau de controle das bases de poder na organização. O nível de alcance dos objetivos associados à intervenção depende do apoio dos atores dominantes a esses objetivos. Finalmente, os atores devem levar em consideração, na busca de suas estratégias respectivas, as características estruturais da organização no decorrer do processo de

implantação de uma intervenção. (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 67; grifos da autora).

Esta abordagem deriva da teoria das organizações e visa apreender os processos que sobrevém à implantação de uma nova proposta de trabalho como tem se configurado o controle da esquistossomose nos moldes requeridos pelo SUS, ou seja, os processos de mudança, tomando como foco os agentes implementadores como sujeitos da política escrita, pelos motivos já citados, considerando-se que encontram-se imersos num ambiente organizacional que pode atuar favorecendo ou inibindo suas estratégias. Assim, faz-se necessário apreender características dos atores para, em seguida, considerar as características da organização onde suas ações ocorrem.

De acordo com a teoria tratada, podem-se convergir, na conformação do modelo causal da influência do contexto no GI do PCE em municípios do estado de Pernambuco, considerando o componente político do modelo político e contingente proposto por Denis e Champagne (2011), as contribuições dos seguintes autores, tratadas em tópicos anteriores: de Mazmanian e Sabatier (1983) e Elmore (1979), no sentido de considerar a influência da formulação na implantação; de Muller e Surrrel (2004), quando avaliam a posição assumida pelos atores diante do texto político a partir da tríade *suporte x controle x coerência*; de Van Meter e Van Horn (1996), no momento em que consideram a *disposição* dos atores em executar as ações de acordo com a compreensão da política, resposta e intensidade de resposta; de Bardach (1977) e Mitnick e Barckoff (1984), quando defendem que, para que a política seja implementada, deve haver alinhamento entre os interesses e conhecimentos dos atores e os objetivos da política; de Arretche (1998) e Lipsky (2010), quando abordam a necessidade de os mesmos conhecerem e aceitarem a política, considerando sua inserção num ambiente organizacional (*street level bureacracy*).

Todas estas contribuições têm em comum a ênfase na *relevância do papel do ator implementador* para o sucesso da política, tendo como base a ideia de que os mesmos devem desenvolver/ possuir conhecimentos, habilidades e atitudes para entender/ captar o texto político e adequar à realidade local, fatores que se concentram no conceito de *competência*.

Nas organizações, a competência no trabalho tem sido gerenciada na perspectiva de influenciar positivamente o desempenho dos profissionais e da própria organização. O termo competência significa concordância, proporção, simetria, harmonia, dando a ideia de algo que é apropriado para um contexto, uma situação, exigência ou expectativa. Em outros termos, competente é aquele que é capaz de agir adequadamente frente a uma situação, adotando medidas compatíveis, proporcionais e apropriadas às circunstâncias (BRANDÃO, 2011).

Há basicamente duas linhas de pensamentos sobre o termo competência: a linha americana sob a denominação *competency* e a linha européia sob a denominação *competence*. A principal diferença entre os estudos sobre competência refere-se à forma com que esta é vista: como *inputs* (entrada-conhecimentos) ou *outputs* (saídas ou respostas-resultados) do comportamento humano (FLEURY; FLEURY, 2001). Para Hamel e Prahalad (1995), o conceito de *core competence*, ou *competência essencial*, significa um conjunto de habilidades e tecnologias que permite uma instituição atender necessidades específicas de seus clientes. Fleury e Fleury (2003), dizem que o conceito de competência veio a designar o reconhecimento social sobre a capacidade de alguém de pronunciar-se em relação a determinado assunto e, mais tarde, passou a ser utilizado, de forma mais genérica, para qualificar o indivíduo capaz de realizar determinado trabalho.

Além do nível individual, o conceito de competência aplica-se também à equipe de trabalho e à organização como um todo. Zarifian (1996) sustenta que não se deve desconsiderar a dimensão da equipe no processo produtivo e sugere que uma competência pode ser atribuída tanto a um indivíduo quanto a um grupo de trabalho (competência coletiva).

Outros autores discutem com propriedade o conceito de competência, ressaltando a necessidade de interação do indivíduo com sua equipe e com seu ambiente de trabalho. Conforme Fleury e Fleury (2003), a competência pode ser conceituada como o “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor à organização e valor social ao indivíduo”.

Estes autores complementam este conceito da seguinte forma (2003):

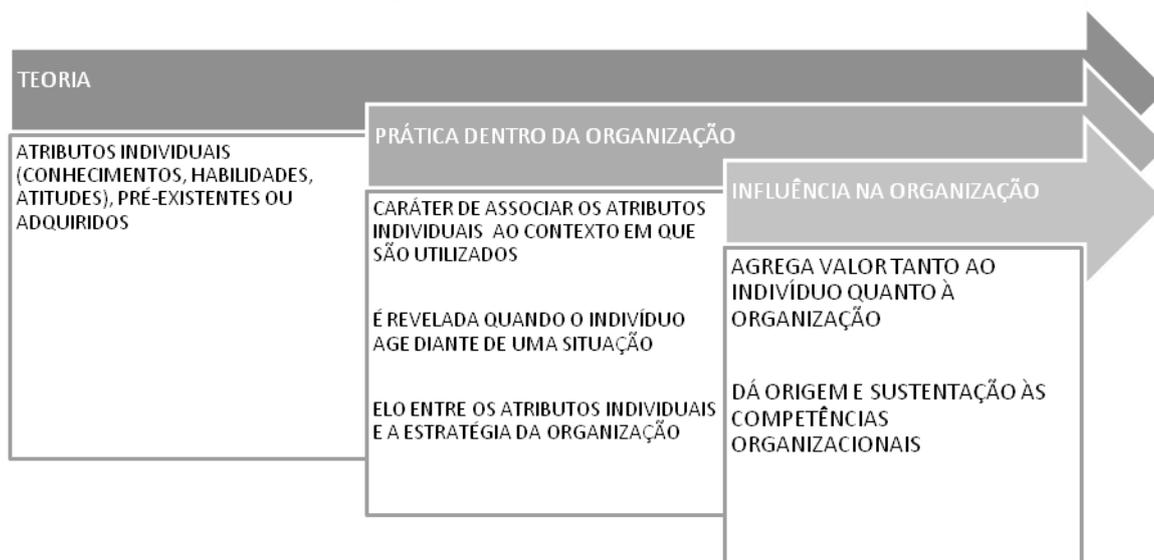
- “Saber agir”, significa saber tratar a complexidade e a diversidade, antecipar-se e agir em tempo certo, com visão sistêmica.
 - “Saber mobilizar”, é entender e saber utilizar diferentes formas de recursos (financeiros, humanos, informações), buscar parcerias e integrá-las ao trabalho.
 - “Saber comunicar”, significa conhecer a linguagem da organização, saber ouvir e comunicar-se eficientemente.
 - “Saber aprender”, é criar uma cultura organizacional; são os sistemas e mecanismos requeridos para a aprendizagem.
 - “Saber assumir responsabilidades”, significa saber avaliar as consequências das decisões, tanto no plano interno da organização quanto no nível externo da sociedade.
 - “Ter visão estratégica”, significa conhecer e entender profundamente o propósito da organização e seu ambiente, identificando oportunidades.
- (FLEURY; FLEURY, 2003, p. 185)

Alguns conceitos também se referem mais amplamente, incluindo interação do indivíduo com seu ambiente, assumindo responsabilidades, sendo reconhecido como uma pessoa ágil com inteligência prática dirigida à situação de trabalho, ou seja, a pessoa

totalmente voltada à organização e buscando obtenção de resultados individuais e organizacionais (GUIMARÃES, 1998).

Abaixo, encontra-se uma figura (02) que ilustra os postulados envolvidos com a competência no ambiente organizacional:

Figura 2 - postulados que envolvem a aplicação das competências individuais no estabelecimento das competências organizacionais.



Fonte: adaptado de Brandão (2012).

Sabendo-se que, para a implantação das ações de controle da esquistossomose em instâncias municipais faz-se necessária a ação articulada de uma rede de atores que vão desde aqueles com função mais política (decisória), como o Secretário de saúde, até aqueles com função mais técnica com menor poder de decisão, como os ACS, pode-se utilizar a descrição das partes constituintes de uma organização proposta por Mintzberg (1995, p. 62) para definir e entender as competências esperadas de cada um na execução desta tarefa. Mintzberg propõe que:

[...] qualquer organização pode ser descrita como constituída de "operadores" que produzem bens ou serviços (*operating core*); de um centro de decisão (*strategic apex*); de gerentes, mais numerosos à medida que a organização cresce (*middle fine*); de especialistas, técnicos ou analistas, se for necessário, que planejam o trabalho dos operadores (*technostructure*); de pessoal de apoio (*support staff*). São os componentes básicos da organização, ligados (ou divididos) por crenças, representações, tradições que compõem a cultura da organização (MINTZBERG, 1995; grifo do autor).

Dentro desta lógica, secretários de saúde localizam-se primordialmente no *Strategic Apex* (Figura 03), cabendo-lhes a tomada de decisão final sobre a execução de ações de forma

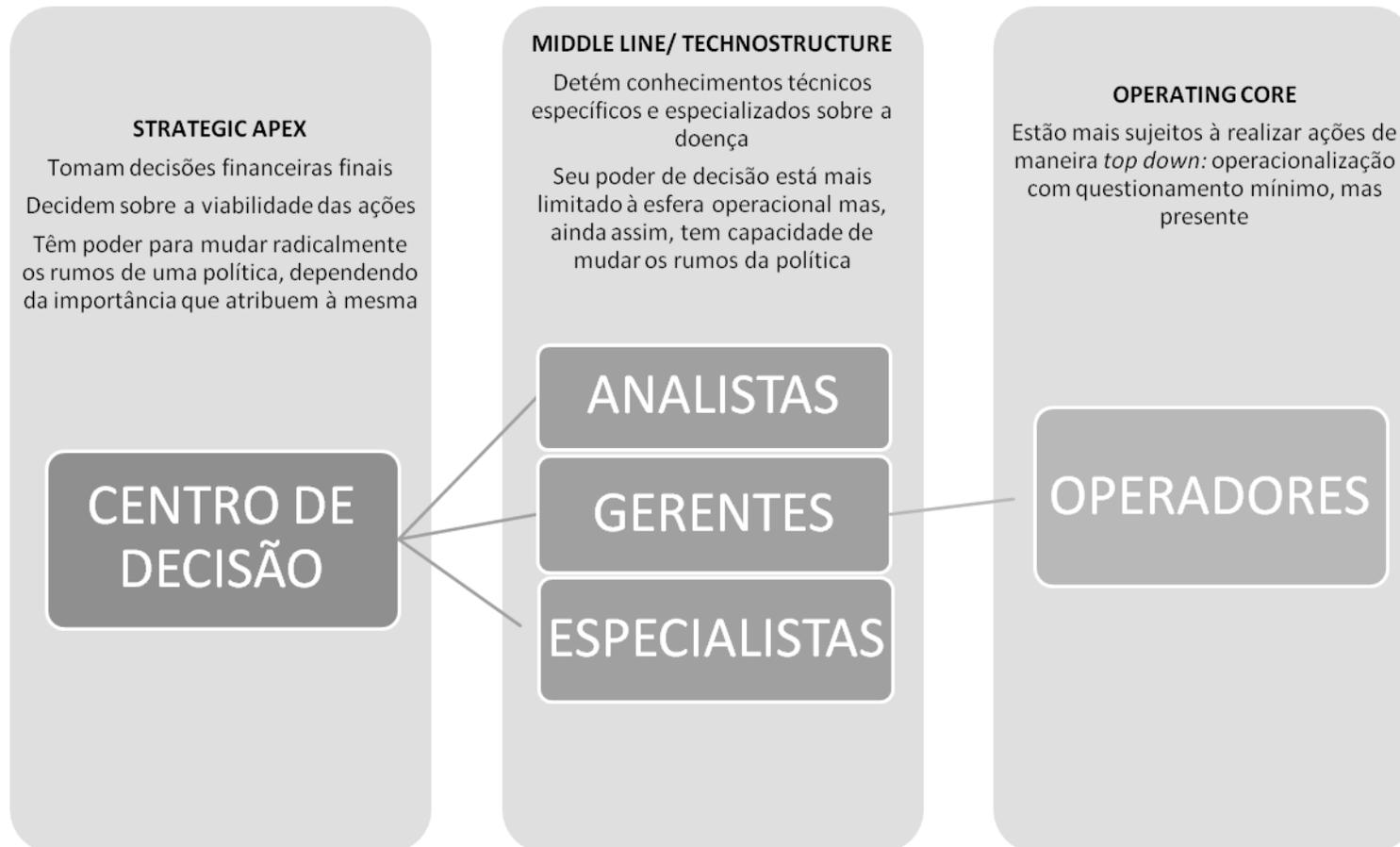
geral. No extremo oposto, localizam-se os Profissionais de Nível Superior (PNS), ACS e ASA, executando ações e com pouca abertura para tomar decisões abrangentes, capazes de mudar radicalmente os rumos da política. O meio termo é composto pelos coordenadores ou gerentes (da AB e do PCE/ Vigilância) (*middle line*), que tanto tomam decisões (participando do *strategic apex*) quanto podem, em certas ocasiões, executar as ações (participando do *operating core*). Além disso, são considerados como especialistas (*technostructure*), já que detêm conhecimentos suficientes para atuar como coordenadores. Assim, admitem-se diferentes critérios para abordar politicamente cada um dos atores considerados acima. Abaixo, pode-se ver uma figura (Figura 03) que ilustra a posição de cada um dos atores e as relações estabelecidas entre eles:

Ainda de acordo com a teoria adotada, os aspectos referentes aos atores precisam, por sua vez, alinhar-se a características organizacionais para que o controle da esquistossomose seja efetivado.

Para tanto, fez-se necessário enfatizar que as ESF, os setores de vigilância e a integração entre os mesmos dentro da secretaria de saúde são aquilo que Mintzberg (1995) classifica como “organizações do tipo profissional” que, além de fazerem parte do setor público, produzem serviços de saúde. Tem-se, portanto, três aspectos a se considerar na composição da estrutura organizacional que produz o cuidado com a esquistossomose, já que este se encaixa nos parâmetros acima.

Para Mintzberg (1995), as organizações que produzem serviços de saúde são *profissionais* porque seu bom funcionamento depende essencialmente de seus operadores. Estas organizações são compostas, primariamente, conforme visto antes, de operadores (*operating core*), de um centro de decisão (*strategic apex*), de gerentes (*middle line*), especialistas (*technostructure*) e pessoal de apoio (*support staff*). Seu papel já foi abordado no tópico anterior, mas dentro da organização, podem-se destacar os seguintes aspectos: o trabalho destes operadores exige qualificação na área; o mecanismo dominante de coordenação deste tipo de organização é a padronização das ações através de leis, normas e portarias; o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação; existência de burocracia no ambiente de trabalho; necessidade de pessoal de apoio (*support staff*).

Figura 3 - postulados envolvidos com a postura adotada pelos atores implementadores de políticas públicas de saúde de acordo com a função assumida por cada um.



Fonte: Adaptado de Mintzberg (1995).

Sobre este alicerce, estes mesmos autores propõem considerar os demais atributos organizacionais que configuram uma organização profissional, que serão tratados a partir de agora. Assim, quanto ao contexto *estrutural organizacional*, admite-se que organizações que se posicionam de maneira favorável à eficácia da intervenção se distinguem das demais por uma série de *atributos organizacionais estruturais* que resultam dos mecanismos de divisão e coordenação do trabalho (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; DUSSAULT, 1992; MINTZBERG, 1995).

Os membros imersos neste tipo de organização, assim como em outros, formam uma coligação interna que disputa poder e recursos. Estão, todavia, sujeitos à influência de *aspectos organizacionais básicos* que também determinam a estrutura organizacional: grau de especialização das funções e de formalização do comportamento; treinamento; cultura de planejamento e o grau de centralização da tomada das decisões (DUSSAULT, 1992).

Estes parâmetros são determinados pelo mecanismo de coordenação dominante na organização (CHIAVENATTO, 2008; 2014; DUSSAULT, 1992). Segundo Dussalt (1992), há vários mecanismos de coordenação: ajustamento mútuo (através de conversas informais entre os atores), supervisão direta (onde existe alguém que dá ordens), e a padronização de processos, dos resultados, das qualificações ou das normas de comportamento. Considerou-se que, no caso da esquistossomose, este último é o que se faz presente, dada a carga normativa que envolve sua operacionalização.

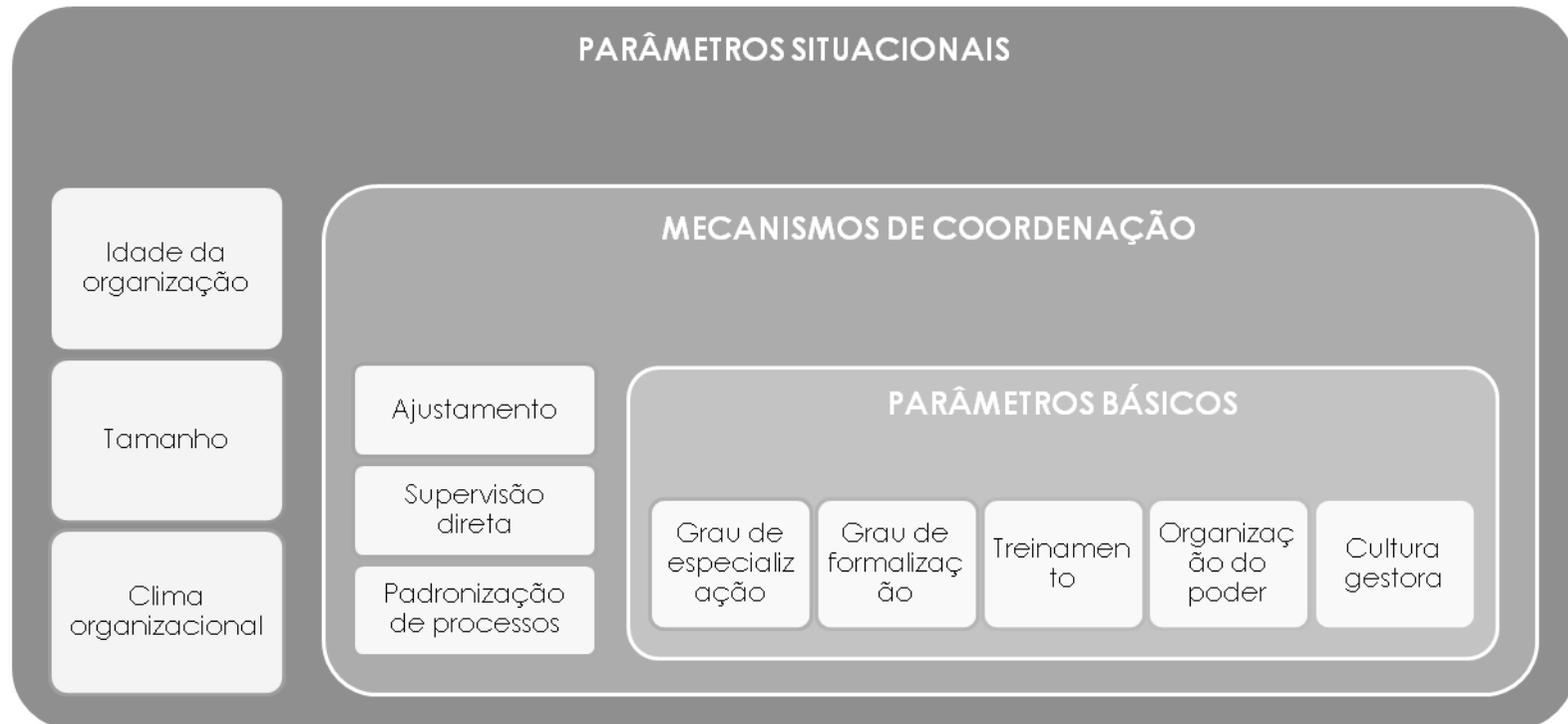
Por fim, existem os fatores contingenciais ou situacionais, que influenciam as decisões relativas aos parâmetros básicos: idade e tamanho das organizações (organizações maiores e mais velhas tendem a estar mais formalizadas); o ambiente (estabilidade facilita a formalização, complexidade exige descentralização, hostilidade encoraja a centralização da decisão); a organização do poder (o controle externo maior induz à centralização e formalização; coligações divididas induzem à politização) (CHIAVENATTO, 2008; CHIAVENATTO, 2014; DENIS; CHAMPAGNE, 1997; DUSSAULT, 1992).

Baseando-se nas proposições colocadas pelos autores acima, pode-se sugerir a figura 04, que contempla os fatores envolvidos na configuração de uma organização produtora de serviços de saúde.

A partir dessas contribuições, julga-se necessária a adoção das abordagens que consideram a complexidade do contexto de implantação das ações de controle da esquistossomose em instâncias municipais. Concorde-se com Mazmanian e Sabatier (1983), Elmore (1979-80), Muller e Surrel (2002), Van Meter e Van Horn (1996), Bardach (1977), Mitnick e Barckoff (1984), Arretche (1998), Lipsky (2010) e Denis e Champagne (1997) que

o ator implementador tem papel fundamental na implantação das ações como sujeito do processo político, e que suas estratégias fundamentais precisam estar alinhadas a um contexto organizacional favorável.

Figura 4 - postulados que envolvem a determinação de estruturas organizacionais.



Fonte: Adaptado de Mintzberg (1995).

3 OBJETIVOS



3 OBJETIVOS

Este trabalho teve os seguintes objetivos:

3.1 Geral

Avaliar a implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, no período entre junho de 2010 a julho de 2012.

3.2 Específicos

- a) Determinar o Grau de Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios do estado de Pernambuco;
- b) Identificar fatores contextuais políticos e estruturais municipais que podem influenciar do Grau de Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em Pernambuco, considerando variáveis localizadas nos atores implementadores e na estrutura organizacional;
- c) Verificar a relação entre os fatores contextuais e o Grau de Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose nas instâncias municipais de Pernambuco.

4 MÉTODO



4 MÉTODO

A fim de se alcançarem os objetivos propostos, este estudo foi realizado obedecendo a uma série de passos explicitados a seguir.

4.1 Desenho do estudo

Estudo seccional transversal, avaliativo, do tipo análise de implantação componente 1b, com objetivo de apreender o modo como o contexto organizacional influencia o Grau de Implantação das Ações do PCE em municípios de Pernambuco, entre 2010 e 2012.

4.2 Área do estudo

Pernambuco é um dos estados brasileiros que exibem percentuais médios mais elevados de pessoas infectadas pelo *Schistosoma mansoni*, sendo a Zona da Mata a região mais atingida (área endêmica), apresentando áreas com até 80% de indivíduos parasitados (BARBOSA; SILVA; BARBOSA, 1996). Em relação à morbi-mortalidade, estudo realizado por Resendes, Souza-Santos e Barbosa (2005) mostra uma redução da gravidade da esquistossomose, confirmada pela diminuição do número de internações hospitalares e óbitos pela doença, o que não significa dizer que esta endemia está sob controle no estado. Inquérito recente, realizado em escolares de todos os municípios da Zona da Mata de Pernambuco detectou uma prevalência média de 14,4% para este Estado e municípios com severa intensidade de infecção (BARBOSA et al., 2006). Araújo et al. (2006) detectaram inúmeros casos de mielorradiculopatia esquistossomótica nos últimos anos em Pernambuco, o que evidencia a persistência de formas graves da doença. Além disso, desde a década de 90 tem-se observado a expansão da esquistossomose para áreas litorâneas e Região Metropolitana do Recife (RMR), com casos agudos registrados na Praia de Itamaracá (BARBOSA; PIERI; BARBOSA, 2000) um surto epidêmico na Praia de Porto de Galinhas, com 662 casos da forma aguda da doença (BARBOSA et al., 2001), além dos focos de moluscos vetores que vêm surgindo no litoral e RMR (ARAUJO, 2006; BARBOSA, et al., 2001; BARBOSA; PIERI; BARBOSA, 2000; BARBOSA, et al., 2011; BARBOSA, et al., 2013; GOULART, 1999; QUITES, 2013; RESENDES; SOUZA-SANTOS; BARBOSA, 2005).

Estes fatores, associados ao fato de que as ações de controle da esquistossomose foram descentralizadas aos municípios e estes precisam se adequar a uma série de normas a fim de conseguirem operacionalizar o controle da esquistossomose como proposto pelo SUS.

4.3 População e amostra

Para garantir validade externa ao estudo, considerou-se como população de referência os 95 municípios que, na época de desenvolvimento do estudo, compunham as 5 primeiras Gerencias Regionais de Saúde (Geres) (da I a V) que formavam a áreas endêmica do estado. Desta população, selecionaram-se, por amostragem aleatória simples, 23 municípios a partir dos seguintes parâmetros: 95% de confiança (IC); 8 graus de erro amostral (E) com relação ao GI populacional; 25 graus de desvio padrão (dp) em torno do GI populacional. A quantidade de municípios pro Geres é mostrada na tabela 1.

4.3.1 Sujeitos da pesquisa

Em cada município, foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais da atenção básica (Agentes Comunitários de Saúde – ACS, Profissionais de Nível Superior – PNS) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) das áreas endêmicas em que estavam sendo realizadas ações de controle da esquistossomose no ano da pesquisa, além do Coordenador da Atenção Básica. Além destes, participaram o coordenador do PCE ou da vigilância, quando este cargo não existir e os agentes de Saúde Ambiental que trabalhavam com esquistossomose. A quantidade de municípios e profissionais que participaram do estudo são mostradas na tabela 1. Todos os participantes responderam a questões relativas ao contexto (estrutural e político), e ao GI das ações, exceto o Secretário de Saúde, que não respondeu a este último por não fazer parte do *operating core*.

4.4 Estratégia da pesquisa

Para responder à questão do estudo sobre “quais fatores, localizados no contexto político e estrutural municipal, estão relacionados à variação do GI do PCE?”, uma série de passos foram tomados usando os fundamentos da *Theory-driven evaluation* (DENIS; CHAMPAGNE, 1997) que, conforme visto antes, visa superar os limites do modelo de caixa

preta (*Black-box experimente*) no momento em que busca agregar fatores contextuais aos efeitos trazidos pelo programa.

Partindo-se das proposições de Minayo (2005), que considera ser a construção do processo científico o resultado de um permanente ir e vir entre teoria e empiria, de uma constante tensão entre o normativo (pressuposto) e o constatativo (observável), um dado empírico somente pode funcionar como prova ou evidência se vier respaldado por um corpo de hipóteses derivado de um conjunto de pressuposições teóricas (MINAYO, 2005). Dentro desta perspectiva, considerou-se que aspectos teóricos localizados nos contextos político

Tabela 1 - Distribuição do número de profissionais e unidades básicas de saúde participantes da pesquisa segundo município e Gerencia Regional de Saúde (Geres), Pernambuco, 2010-2012.

Geres	Municípios Participantes	Agente Comunitário de saúde	PNS	Coordenador da AB	UBS	Coordenador PCE	ASA	Secretário de saúde
I	Camaragibe - A	5	1	1	1	1	2	**
	Olinda - B	5	2	1	2	1	1	1
	Chã Grande - C	6	2	1	2	1	1	**
	Goiana - D	4	1	*	1	1	2	**
	Moreno - E	5	2	1	2	1	1	1
	Chã de Alegria - F	9	2	1	2	1	1	1
	Pombos - G	5	1	*	1	1	1	1
	Vitória - H	7	3	1	2	1	2	1
TOTAL	TOTAL	46	14	6	13	8	11	5
II	Lagoa do Carro - I	4	1	1	2	1	1	1
	Paudalho - J	6	2	1	2	1	1	1
	Tracunhaém - K	5	2	1	3	1	2	1
	Macaparana - L	8	2	1	2	1	1	1
	Surubim - M	8	1	1	2	1	1	1
TOTAL	TOTAL	31	8	5	11	5	6	5
III	Amaraji - N	8	2	1	2	1	2	1
	Sirinhaém - O	8	2	1	2	1	1	1
	Escada - P	3	1	*	1	1	1	**
TOTAL	TOTAL	19	5	2	5	3	4	1
IV	Gravatá - Q	5	1	1	1	1	2	1
	Riacho das Almas - R	4	2	1	2	1	1	1
	Sairé - S	9	2	1	2	1	1	1
	TOTAL	TOTAL	18	5	3	5	3	4
V	Correntes - T	2	1	1	1	1	1	1
	Garanhuns - U	8	2	1	2	1	2	1
	Lagoa do ouro - V	8	3	*	2	1	2	1
	Itambé - X	8	2	1	2	1	1	1
TOTAL	TOTAL	26	8	3	7	4	6	4
TOTAL EM PERNAMBUCO	23	140	40	19	41	23	31	20

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: * Este profissional não existia formalmente; ** Optou por não participar.

e estrutural atuaram como variável independente, segundo a teoria causal de Mark (1987), que influenciou a variável dependente “X-GI do PCE”.

Assim, para compreensão da realidade, o primeiro movimento se deu no sentido de construir o modelo teórico-lógico do PCE nas instâncias municipais. O Modelo Teórico-Lógico, segundo Medina *et al.* (2005) e Denis e Champagne (1997) é uma construção que permite apreender a realidade a partir da idealização, partindo-se do conceito de *objeto-modelo*. Este objeto, por sua vez, somente é válido se revestir-se de uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, sendo este o primeiro passo para a realização de uma avaliação.

4.4.1 Modelo teórico- lógico

A fim de se entender as intrincadas relações entre os componentes do programa, fez-se necessária a exposição das mesmas nos modelos teórico- lógicos explicitados a seguir.

4.4.1.1 Componente lógico-normativo

O componente lógico-normativo do modelo especifica como o programa idealmente funciona (MEDINA *et al.*, 2005), mostrando a estrutura e processos necessários para atingir os resultados desejados e refletindo a qualidade técnica do programa. A integração entre vigilância e atenção básica na perspectiva da descentralização das ações de controle de doenças é condição *sine qua non* para o sucesso da Política de Saúde de Controle da Esquistossomose, partindo-se do princípio que somente um modelo é capaz de lidar com o seu complexo processo de adoecimento. Estas considerações foram levadas em conta na construção do modelo, que envolveu as ações necessárias ao adequado controle da doença a serem desenvolvidas na atenção básica e na vigilância em saúde, abrangendo ações integradas e gestão de processos.

Como se ponderou que o desenho da política nacional de controle da esquistossomose é adequado, a teoria que deu forma ao ML foram as seguintes normas, leis e portarias nacionais: portaria n. 1.399 de 1999, que orienta sobre a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Vigilância em Saúde (VS); portaria n. 1.172 de 2004, que estabelece as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento; portaria n. 11.350 de 2006, que dispõe sobre as atividades dos ACS e ACE; decreto lei n. 7.508 de 2011, que regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a

assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2012); guia de diretrizes técnicas para vigilância da esquistossomose mansoni, edições de 1998 e de 2011 (BRASIL, 1998, 2011); guia de vigilância epidemiológica e controle da mielorradiculopatia esquistossomótica (BRASIL, 2006c); guia para vigilância e controle de moluscos de importância epidemiológica (BRASIL, 2008); cadernos de Atenção Básica n. 21 (BRASIL, 2007).

Estes documentos foram consideradas por uma equipe de três especialistas (um pesquisador sênior especialista em esquistossomose; um pesquisador sênior especialista em avaliação; um pesquisador adjunto e técnico do PCE com experiência de trabalho nas instâncias municipal e estadual) para a sua construção. Buscou-se agregar a evolução dos aspectos normativos até chegar na conformação proposta pelo SUS para o controle da esquistossomose nos dias de hoje, com ações localizadas na vigilância e na assistência sempre buscando a integração e integralidade das ações. Para tanto, definiram-se 4 componentes para o ML do PCE nas instâncias municipais, sendo que cada um agrupou ações semelhantes. São eles: gestão, vigilância, assistência e ações integradas. Em seguida, estabeleceu-se a estrutura indispensável para realização das atividades na atenção básica e na vigilância e, por fim, os processos a serem realizados dentro de cada componente, de modo a se atingir o controle total da esquistossomose através da redução do número de casos, graves ou não, e óbitos.

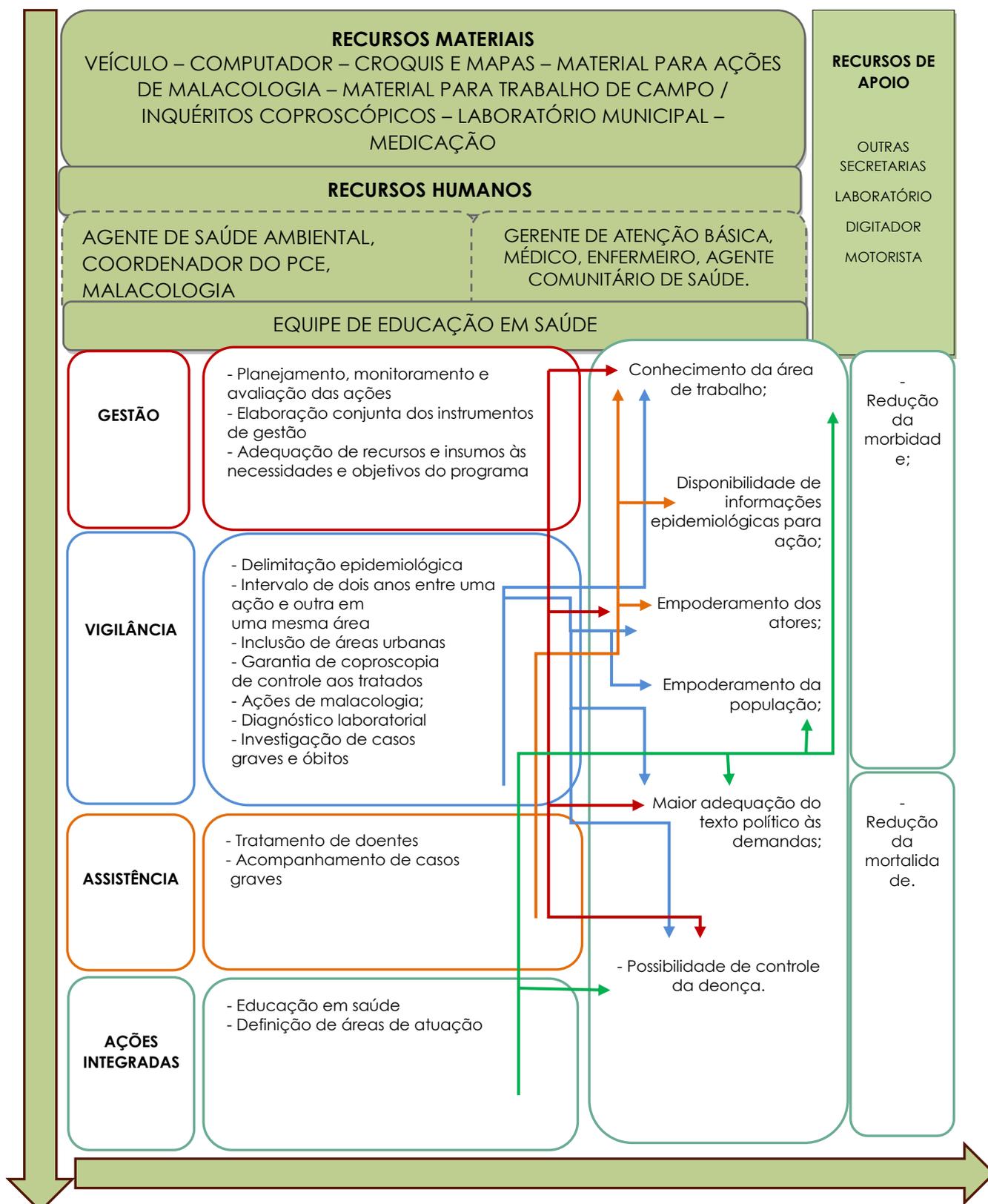
Uma vez construído, o modelo foi submetido a uma equipe de especialistas teóricos (dois pesquisadores) e práticos (três trabalhadores municipais) para que os mesmos o avaliassem no que concerne à sua *completitude* (se contemplava todas as ações propostas para uma abordagem integral e controle efetivo da esquistossomose) e *lógica* (se as relações entre a estrutura existente e o processo requerido levavam, de fato, ao alcance dos resultados esperados). Procedeu-se à análise dos comentários dos especialistas e, por fim, chegou-se ao modelo lógico como visto na figura 5.

4.4.1.2 Componente teórico-contextual

O outro aspecto do modelo diz respeito ao contexto político-estrutural no qual se encontram inseridas as ações de controle da esquistossomose. Para sua construção, lançou-se mão da abordagem *política e contingente*, proposta por Denis e Champagne (1997), que preconiza que “uma organização que consegue implantar uma intervenção e que apresenta um contexto favorável à sua eficácia se distingue das outras por uma série de características referentes às propriedades dos gestores, aos atributos organizacionais e ao ambiente

organizacional”. Em outras palavras, o processo de implantação deve ser abordado segundo uma perspectiva política (estratégias adotadas perante o fenômeno em questão, caracterizando-se em adesão, indiferença ou negação) tendo-se em conta de que a mesma sobre influências de caráter estrutural (características estruturais da organização). Neste trabalho, interpretaram-se os setores de vigilância e atenção básica das secretarias de saúde como organizações e buscou-se identificar fatores explicativos e preditivos da implantação do PCE nas mesmas, utilizando-se como primeiro nível de análise os caracteres políticos dos atores que compõem as ESF e, como segundo, as características organizacionais estruturais das ESF.

Figura 5 - modelo lógico do PCE em instâncias municipais



Fonte: elaborado pela autora.

4.4.1.2.1 Abordagem política

Para Denis e Champagne, quando se opta pela abordagem política com intento de verificar sua influência no GI de determinada intervenção, procura-se responder às seguintes perguntas: em que as estratégias fundamentais dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção; os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção; as relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção?

Para responder a estas questões, uma série de considerações precisa ser feitas. Conforme visto antes, os atores implementadores são peças-chave no processo de implantação de uma intervenção pois são eles os que vão traduzir a política em ações. Nesta pesquisa, considerou-se que atores que favorecem politicamente a implantação do PCE se destacam por uma série de aspectos ligados às suas *competências* (BALL; BOWE, 1992; BRANDÃO, 2011; BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001)

Estas competências, por sua vez, precisam ser compreendidas de acordo com a posição hierárquica assumida por cada um dentro da secretaria de saúde, *locus* onde são implementadas as ações de controle. Para tanto, utilizou-se o conceito de configuração organizacional proposto por Mintzberg (1989; 1985), que postula que toda organização é constituída de “operadores” (*operating core*); de um centro de decisão (*strategic apex*); de gerentes; de especialistas, técnicos ou analistas (*technostructure - middle line*) e de pessoal de apoio (*support staff*).

Traduzindo esta teoria em termos práticos e adaptando-a ao controle da esquistossomose em instâncias municipais, têm-se o fato de que as ações de controle são implementadas dentro da secretaria de saúde, e deste processo participam: Profissionais de Nível Superior (PNS) das EqSF, ACS e ASA compondo o *operating core*; Coordenadores de atenção Básica (CAB) e do PCE ou vigilância (quando aquele não existir formalmente), compondo o *middle line/ technostructure* e, finalmente, o secretário de saúde, compondo o *Strategic apex*.

Com relação aos atores do *operating core*, para se configurarem as competências necessárias, no quesito *conhecer* (*ter noção mais ou menos precisa de algo; ter prática em certas coisas; considerar*), considerou-se essencial que, pela função operacional que devem exercer, reconheçam sinais clínicos e epidemiológicos mínimos sobre a esquistossomose e conheçam o programa de controle em sua completitude, sem os quais todos os demais aspectos estão prejudicados. Da mesma forma, no que se refere às *habilidades*, esperou-se

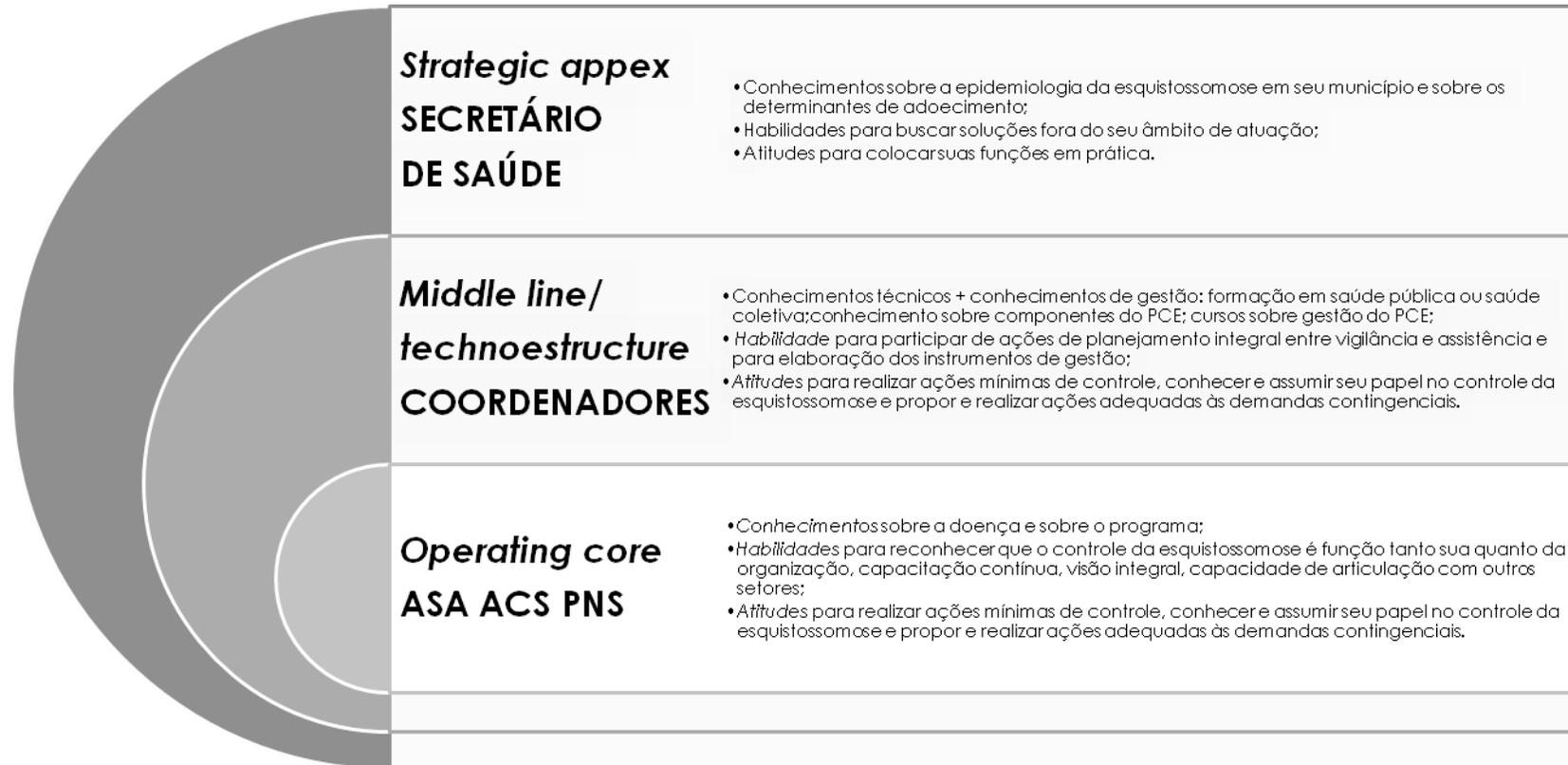
que estes indivíduos reconhecessem que o controle da esquistossomose é função tanto sua quanto da organização da qual fazem parte, que tivessem capacitação contínua em esquistossomose, que possuíssem visão integral do seu controle e capacidade de articulação com outros setores. Por fim, no quesito *attitudes*, esperou-se que os indivíduos realizassem as ações mínimas de controle (planejamento, execução, avaliação), conhecessem seu papel no controle da esquistossomose e propusessem e realizassem ações adequadas às demandas contingenciais (inovação).

No concernente aos atores localizados no *Middle line/ techostructure*, esperou-se que, além dos requisitos acima, dentro do âmbito de conhecimentos técnicos requeridos, tais profissionais possuíssem conhecimentos sobre gestão geral e do PCE. Assim requereu-se que os mesmos possuíssem formação em saúde pública ou saúde coletiva, que conhecessem todos os componentes do PCE (saneamento, laboratório, atenção básica, educação em saúde e ações de vigilância) e que tivessem cursos sobre gestão do PCE. Esperou-se, ainda, que tivessem habilidade para participar de ações de planejamento integral entre vigilância e assistência e para elaboração dos instrumentos de gestão. Por fim, deste núcleo, esperaram-se as mesmas atitudes dos demais, dentro de seu âmbito de atuação.

Já para os atores do *Strategic Apex*, que não assumem funções técnicas, foram requeridas funções mais ligadas à gestão. No entanto, sabe-se que, para que haja apoio de sua parte à implantação do PCE, é importantíssimo que o secretário conheça a epidemiologia da esquistossomose em seu município e entenda que problemas a mesma pode causar ou já causa em seu município. É fundamental, também, que conheçam as ações mínimas propostas para o PCE para que possam ponderar sobre sua implantação. Assim, é desejável que o mesmo conheça aspectos epidemiológicos da esquistossomose como áreas endêmicas, aspectos ambientais determinantes e/ ou condicionantes da esquistossomose e sua distribuição no município, possua formação na área de gestão, que pode estar incluída em uma formação mais geral em saúde coletiva. Estes conhecimentos existentes ou adquiridos os tornam hábeis para procurar outras secretarias, a exemplo da de obras, para realizarem ações externas ao seu âmbito de ação, mas necessárias a um controle efetivo da esquistossomose. Quanto às atitudes, espera-se o mesmo que para os demais atores, mas dentro do seu âmbito de atuação.

Deste apanhado teórico pode-se propor a modelagem exposta na figura 6.

Figura 6 - mapeamento das competências requeridas dos atores implementadores do PCE nas instâncias municipais de acordo com a função assumida – contexto político.



Fonte: Adaptado de Mintzberg (1989; 1995).

4.4.1.2.2 Abordagem estrutural

Para Denis e Champagne, ao se abordar estruturalmente uma organização, procura-se responder aos seguintes questionamentos: as características dos gestores favorecem a implantação da intervenção?; As características da organização (tipo, parâmetros básicos, ambiente) favorecem a implantação da intervenção?

Assim, quanto ao contexto *estrutural organizacional*, considerou-se que organizações que conseguem implantar uma intervenção e que apresentam um contexto favorável à sua eficácia se distinguem das outras por toda uma série de características referentes aos atributos organizacionais como tamanho, centralização, formalização, nível de especialização, dentre outros (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Partindo-se do princípio que as ESF, os setores de vigilância e a integração entre os mesmos dentro da secretaria de saúde são “*organizações do tipo profissional*” (MINTZBERG, 1989), fazem parte do setor público e produzem serviços de saúde, ponderou-se que os seguintes aspectos deveriam ser considerados no estudo da organização que produz o cuidado da esquistossomose:

- 1) Quanto ao mecanismo de coordenação: no controle da esquistossomose impera a padronização das qualificações seguindo parâmetros dispostos em leis, guias, normas, portarias, etc. (MINTZBERG, 1989). Assim, procurou-se saber: a proporção de municípios com mais de 90% de profissionais capacitados em esquistossomose (clínica, epidemiologia e trabalho de campo), partindo-se da hipótese de que quanto mais capacitados os profissionais, melhor irão produzir seus serviços; a proporção de coordenadores que conheciam as metas propostas para o controle da esquistossomose, partindo-se do princípio de que é importante que os mesmos saibam onde devem chegar e como; a proporção de unidades (de AB e de VS) onde os instrumentos normativos encontravam-se disponíveis para consulta;
- 2) Quanto aos parâmetros organizacionais básicos: formalização do comportamento: a existência de objetivos bem determinados e da clarificação das funções de cada um dentro da organização se faz necessária para evitar dispersão dos atores. Assim, procurou-se saber se a coordenação do PCE encontra-se formalizada no organograma da secretaria, se o plano municipal de saúde contempla ações integrais de controle da esquistossomose especificando as competências de cada área e se o município cumpriu a meta específica para quantidade de exames realizados e cobertura de tratamento;

qualificação/ nível de especialização: os profissionais de uma organização que produz serviços de saúde devem ser capacitados para tal, já que o contato direto com a população exige boa qualificação. Assim, procurou-se saber a proporção de profissionais formados em saúde pública; organização do poder: procurou-se ver se as decisões são centradas no setor de vigilância ou se são compartilhadas entre este e a AB, e entre estes e o secretário de saúde, partindo-se do pressuposto de que maior complexidade de ações exige maior descentralização; cultura de planejamento, execução de ações e avaliação de resultados conjuntos: estas ações devem ser realizadas conjuntamente a fim de favorecer ao *empowerment* dos atores;

3) Quanto aos fatores contingenciais: tamanho: quanto maior e mais auto-suficiente uma organização, melhor serão seus resultados (BRANDÃO, 2008; DENIS; CHAMPAGNE, 1997; MINZTBERG, 1995); assim, esperou-se que os municípios fossem responsáveis pela realização das ações de controle, com técnicos e tecnologia próprios; idade: este aspecto diz respeito ao tempo de existência de uma organização e pressupõe que quanto mais “antiga” a organização, mais estável e formal ela é (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; MINZTBERG, 1989; 1995). Assim sendo, verificou-se há quanto tempo os profissionais da AB (enfermeiros e ACS) e da vigilância (ASA, coordenadores) trabalhavam em suas respectivas funções, assim como há quanto tempo o controle da esquistossomose encontra-se implantado em cada município; ambiente: o ambiente organizacional deve ser leve e favorecer o estabelecimento de parcerias e a realização de atividades adequadas à realidade; assim, procurou-se saber em quantos municípios houve inovação no tocante ao controle da esquistossomose e em quantos a relação entre os setores envolvidos no controle da esquistossomose dentro (AB e VS) e fora (educação, obras) do setor saúde é considerada boa; apoio técnico: verificou-se a proporção de municípios onde existia de apoio técnico para exercer as ações de maneira integral, tanto de outras secretarias (educação, obras) quanto dentro da saúde (existência de profissionais de malacologia, laboratório, digitador).

4.4.1.2.3 Abordagem política contingente

Adaptando estas premissas ao controle da esquistossomose, pode-se propor o seguinte modelo teórico- lógico para apreensão do contexto político e contingente, do modo como

proposto por Denis e Champagne (1997), de influência na implantação do PCE em instâncias municipais (figura 7).

4.4.2 Matriz de julgamento

Conforme disposto por Medina (2005), a elaboração da matriz de julgamento é o segundo passo para realização de uma avaliação. A partir dos modelos lógico e teórico-lógico, elaboraram-se matrizes preliminares com objetivo de julgar o GI das ações de controle da esquistossomose nas instâncias municipais e criticar a influência do contexto político e contingente na variação da implantação das ações. As matrizes contêm os padrões, indicadores e pontos de corte adotados para julgar se o programa está acontecendo conforme recomendado assim como as variáveis contextuais consideradas influenciam o GI.

Figura 7 - Modelo teórico da influência do contexto político e estrutural (político contingente) no grau de implantação das ações de controle da esquistossomose em instâncias municipais no estado de Pernambuco, Brasil.



Fonte: adaptado de Denis e Champagne (1997); Dussault (1992); Mintzberg (1989; 1995).

4.4.2.1 Matrizes de julgamento para o GI do PCE

A matriz de julgamento do GI pode ser vista nos quadros 1 e 2 abaixo. As mesmas foram validadas por um processo de consenso do qual participaram três pesquisadores (um especialista em esquistossomose, um especialista em avaliação, um especialista em esquistossomose e avaliação) e seis técnicos municipais (dois ASA, um coordenador do PCE, um coordenador da Vigilância em Saúde, dois ACS). A cada um, solicitou-se que fizesse uma apreciação geral do documento a fim de atestarem se o mesmo abrangia todo o processo de funcionamento do programa. Em seguida, foi solicitado que os mesmos estabelecessem uma pontuação entre 0 (zero) e 10 (dez) para cada item abordado de acordo com a importância que o mesmo tem no controle da esquistossomose (Apêndices A e B).

Procedeu-se à análise quantitativa das respostas através do cálculo da média aritmética e do desvio padrão da pontuação atribuída por cada participante a cada uma das variáveis adotadas, sendo que a média definiu a importância do item e o desvio, o grau de consenso em torno de sua importância. Assim, classificaram-se os resultados da seguinte forma: média maior que 7: item importante; média menor que 7: item pouco importante; desvio padrão menor que 3: existência de consenso; desvio padrão maior que 3: existência de dissenso.

Com estes resultados em mãos, eliminaram-se as variáveis pouco importantes com dissenso. Em seguida, verificaram-se aquelas que foram classificadas pelos pareceristas como pouco ou muito importantes, mas com consenso, a fim de que se atingisse o consenso mínimo desejado. Por fim, analisaram-se as respostas e eliminaram-se aquelas pouco importantes com consenso até chegar à matriz final.

Pediou-se ainda aos pareceristas que opinassem a respeito da forma eleita para medir (construção dos indicadores) e avaliar (pontos de corte adotados) cada item. Os resultados foram compilados e utilizados como alicerce para elaboração da matriz de julgamento do GI definitiva. Para fins didáticos, optou-se por dividir as matrizes em duas, sendo uma para julgamento da estrutura e outra do processo (quadros 1 e 2).

4.4.2.1.1 Matriz de julgamento da estrutura

A matriz de julgamento da estrutura teve um total de 40 itens, sendo 18 referentes aos Recursos Humanos (RH) e 22 aos Recursos Materiais (RM). Cada item recebeu uma pontuação de acordo com o percentual de adequação às normas, obedecendo aos seguintes pontos de corte: Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões

estabelecidos: o item recebeu **2,5 pontos**; Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu **1,25 pontos**; Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu **0 pontos**.

Assim, o total de pontos possível de ser atingido pelos RH foi de 45 pontos e, pelos RM, 55 pontos, totalizando 100 pontos da estrutura.

4.4.2.1.2 Matriz de julgamento do processo

A matriz de julgamento do processo teve um total de 25 itens. Cada item recebeu uma pontuação de acordo com o percentual de adequação às normas, obedecendo aos seguintes pontos de corte: se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu **3,22 pontos**; se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu **1,61 pontos**; se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu **0 pontos**.

Assim, o total de pontos possível de ser atingido pelos processo na AB foi de 32,2 pontos e, na VS, 67,8 pontos, totalizando 100 pontos do processo.

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por item do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

ITEM	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
RECURSOS HUMANOS	Equipe de saúde da Família Completa	Nº equipes completas/ total de equipes x 100	Mais de 50% das UBS devem ter suas equipes de áreas endêmicas completas	Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 2,5 pontos
	Existência de coordenador da Atenção Básica	Nº de municípios com coordenador da AB / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir coordenador AB	
	Existência de coordenador do PCE	Nº de municípios com coordenador da PCE / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir coordenador	
	Existência de ASA	Nº de municípios com ASA em número suficiente / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir ASA	Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 1,25 pontos
	Existência de laboratorista	Nº de municípios com laboratoristas / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir laboratoristas	
	Existência de auxiliar de laboratório	Nº de municípios com auxiliar de laboratório / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir auxiliar	
	Motorista	Nº motoristas existentes/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir motorista à disposição do PCE	
	Agentes Comunitários de Saúde capacitados na sua área específica	Nº de ACS capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos ACS capacitados em acompanhamento de pacientes e trabalho de campo	
	Profissionais de Nível Superior da AB capacitados em esquistossomose	Nº de PNS capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos PNS capacitados em diagnóstico, tratamento, acompanhamento de casos graves	
	Coordenadores de AB capacitados em esquistossomose	Nº de coordenadores capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos Coordenadores da AB capacitados em gestão do PCE	Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos
	Agentes de Saúde Ambiental capacitados em esquistossomose	Nº de ASA capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos ASA capacitados em trabalho de campo	

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por item do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

ITEM	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
RECURSOS HUMANOS	Laboratoristas capacitados em esquistossomose	Nº de laboratoristas capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos Laboratoristas capacitados em leitura de lâminas	Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 2,5 pontos Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 1,25 pontos Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos
	Auxiliares de laboratório capacitados em esquistossomose	Nº de auxiliares de laboratório capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos Auxiliares de laboratório capacitados em preparação de lâminas	
	Equipe de educação em saúde capacitada em esquistossomose	Nº de equipes de educação capacitadas/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos Equipe de educação capacitada em promoção da saúde	
	Digitadores do SISPCE capacitados em esquistossomose	Nº de digitadores capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos Digitadores do PCE capacitados em Sistema de Informação sobre o PCE (manipulação do SISPCE e fichas 101, 102 e 102 A, 106, 107 e 108)	
	Malacologistas capacitados em esquistossomose	Nº de malacologistas capacitados/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos Profissionais de malacologia capacitados em captura e análise de exemplares	
	Equipe de trabalho (ESF, vigilância, coordenadores, laboratoristas, auxiliares, digitadores) capacitada em controle da esquistossomose	Nº de Equipes capacitadas/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais capacitados em gestão do PCE: diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos, notificação (passiva, ativa e casos graves), Sistema de Informações, trabalho de campo	
TOTAL DE PONTOS DA SUB-DIMENSÃO RECURSOS HUMANOS				45 PONTOS
RECURSOS MATERIAIS	Medicamento (praziquantel e mebendazol)	Nº equipes com medicação/ total de equipes x 100	Mais de 50% das UBS devem ter praziquantel e mebendazol/ albendazol à disposição	
	EqSF com ficha PCE 108	Nº equipes com ficha PCE 108/ total de equipes x 100	Mais de 50% das EqSF devem ter ficha PCE 108 à disposição	
	Computador com internet	Nº municípios com computador para o PCE/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir computador com internet à disposição do PCE	

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por item do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

ITEM	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
RECURSOS MATERIAIS	Sala de situação (quadro para monitoramento da situação da esquistossomose atualizado)	Nº Setores de Vigilância da Esquistossomose com sala de situação/ total de equipes x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir sala de situação	
	Material educativo	Nº municípios com material/ total de equipes x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir material educativo	
	Ficha PCE 102 - malacologia	Nº equipes de vigilância que tinham ficha PCE 102 / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir ficha PCE 102 (destina-se a registrar os dados referentes às coleções hídras pesquisadas, o número das estações, e os números de caramujos coletados, examinados e o seu resultado; bem como se houve a aplicação de moluscicida)	Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 2,5 pontos
	Ficha PCE 102 A – identificação de coleções hídras	Nº equipes de vigilância que tinham ficha PCE 102 A/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir ficha PCE 102 A (esta ficha destina-se a registrar as coordenadas geográficas das estações e coleções hídras de importância epidemiológica)	Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 1,25 pontos
	Ficha PCE 104 - Etiquetas identificadoras de potes	Nº equipes de vigilância que tinham etiquetas identificadoras / total de municípios x 100	Mais de 50% dos setores de vigilância devem possuir etiquetas identificadoras de potes	Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos
Ficha PCE 106 – registro de atividades educativas	Nº equipes de vigilância que tinham ficha PCE 106/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir ficha PCE 106 (destina-se a registrar as informações referentes às atividades educativas realizadas mensalmente no município de acordo com as localidades trabalhadas)		

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por item do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

ITEM	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
RECURSOS MATERIAIS	Mapa	Nº municípios que tinham mapa / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir um mapa com distribuição de coleções hídricas	<p>Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 2,5 pontos</p> <p>Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 1,25 pontos</p> <p>Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos</p>
	Ficha PCE 107 - saneamento	Nº equipes de vigilância que tinham ficha PCE 107/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir ficha PCE 107 (destina-se a registrar as informações referentes às melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas)	
	Ficha Sinan	Nº equipes de vigilância que tinham ficha Sinan / total de municípios x 100	Mais de 50% das UBS de saúde devem possuir ficha Sinan para notificação de casos graves	
	Ficha investigação de óbitos	Nº equipes de vigilância que tinham ficha de investigação / total de municípios x 100	Mais de 50% das UBS de saúde devem possuir ficha de investigação para notificação de casos graves	
	Veículo para PCE	Nº municípios que tinham veículo / total de municípios x 100	Mais de 60% dos municípios devem possuir veículo à disposição do PCE	
	Croqui	Nº municípios que tinham croqui / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir croqui mapeando criadouros	
	Laboratório municipal	Nº municípios que tinham laboratório municipal/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir laboratório municipal que realize preparação e leitura de lâminas	
	Kits de Kato Katz	Nº municípios que tinham kits de Kato-Katz / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir kits de Kato Katz de acordo com a demanda	
	Equipamentos de Proteção Individual/ laboratoristas	Nº municípios que tinham EPI para laboratoristas / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem disponibilizar EPI para seus laboratoristas	
	Material para coproscopia de controle	Nº municípios que ofereciam material para coproscopia de controle / total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem oferecer material para coproscopia de controle	

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por item do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusão)

ITEM	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
RECURSOS MATERIAIS	Material para trabalho de campo/ malacologia	Nº municípios que tinham material para trabalho de campo em malacologia/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem possuir material para trabalho de campo em malacologia (concha de captura, pinças longas e com ponta fina, recipientes plásticos, gaze, caderneta de campo, bolsa térmica)	
	Equipamentos de Proteção individual/ Malacologista	Nº municípios que tinham EPI para malacologia/ total de municípios x 100	Mais de 60% dos municípios devem disponibilizar EPI para malacologia (luvas e botas de borracha e colete com bolsos)	
TOTAL DE PONTOS DA SUB-DIMENSÃO RECURSOS MATERIAIS				55 PONTOS
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO ESTRUTURA (40 itens)				100 pontos

Fonte: autora do trabalho.

Quadro 2 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada por ator do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão processo do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

ATORES	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
GERENTE DE ATENÇÃO BÁSICA	Participação em reuniões	Nº de profissionais que participam de reuniões/total de profissionais x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem ter se reunido no último ano para discussão de assuntos referentes à esquistossomose com profissionais da vigilância	Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 4 pontos
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR ATENÇÃO BÁSICA	Realização de tratamento pelo profissional da unidade	Nº de profissionais lotados na unidade que realizam tratamento /total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem realizar tratamento	
	Acompanhamento de casos graves	Nº de profissionais que acompanha casos graves/total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem acompanhar casos graves	Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 2 pontos
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Acompanhamento da tomada de medicação	Nº de ACS que acompanham o paciente na tomada de medicação/total de ACS x 100	Mais de 60% dos profissionais devem acompanhar o paciente durante a tomada da medicação	
	Entrega de resultados	Nº de ACS que entregam manualmente os resultados aos pacientes/total de ACS x 100	Mais de 60% dos profissionais devem entregar o resultado do exame ao paciente	Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos
	Entrega/ coleta de potes	Nº de ACS que entregam/ coletam/total de ACS x 100	Mais de 60% dos profissionais devem agendar o controle de cura dos pacientes	
	Agendamento do controle de cura	Nº de profissionais que fazem o agendamento do controle de cura/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem agendar o controle de cura dos pacientes	
	Mobilização da comunidade para manejo simples de controle de caramujos	Nº de profissionais que fazem mobilização em torno do caramujo/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem estar aptos a realizar manejos simples de caramujos	

Quadro 2 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada por ator do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão processo do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

ATORES	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
EQUIPE DE VIGILÂNCIA (ASA, COORDENADOR)	Delimitação epidemiológica via inquéritos coprocópicos amostrais	Nº de profissionais que fazem inquéritos amostrais/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem ter realizado, no mínimo, um inquérito amostral para delimitação de áreas	Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 4 pontos
	Utilização de critérios ambientais, socioeconômicos e epidemiológicos na definição de áreas de atuação	Nº de profissionais que usam critérios ambientais, socioeconômicos e epidemiológicos na definição de áreas de atuação /total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem referir utilizar critérios ambientais, socioeconômicos e epidemiológicos na definição de áreas de atuação	
	Obediência ao intervalo de dois anos entre realização de ações em uma mesma área endêmica	Nº de profissionais que obedecem ao intervalo de dois anos entre intervenções /total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem saber e operacionalizar o intervalo de dois anos entre realização de ações em uma mesma área endêmica	Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 2 pontos
	Inclusão da equipe de AB no planejamento e execução das ações de campo	Nº de profissionais que incluem a equipe de AB no planejamento /total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem incluir a equipe de AB no planejamento e execução das ações	Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos
	Trabalho em áreas urbanas	Nº de profissionais que incluem áreas urbanas na rotina /total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem referir trabalhar áreas urbanas	
	Marcação da coproscopia de controle	Nº de profissionais que marcam coproscopia de controle/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem marcar a coproscopia de controle na rotina	
	Acompanhamento de ações de malacologia	Nº de profissionais que acompanham ações de malacologia/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem acompanhar as ações de malacologia	
	Educação em saúde	Nº de profissionais que realizam educação/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais realizando ações de educação em saúde	

Quadro 2 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada por ator do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão processo do PCE em instâncias municipais. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusao)

ATORES	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
EQUIPE DE VIGILÂNCIA (ASA, COORDENADOR)	Acompanhamento dos portadores em tratamento	Nº de profissionais que acompanham os tratamentos/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem acompanhar os portadores em tratamento	Se mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 4 pontos
	Inquérito coproscópico	Nº de profissionais que participam dos inquéritos coproscópicos/total de profissionais x 100	Mais de 80% dos profissionais devem participar dos inquéritos coproscópicos	
AGENTE DE SAÚDE AMBIENTAL	Aplicação de moluscocidas	Nº de profissionais que aplicam moluscocidas/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem realizar aplicação de moluscocida quando necessário	Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 2 pontos
	Identificação de estações de captura de moluscos	Nº de profissionais que identificam estações de captura/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem identificar as estações de captura de moluscos	
	Captura e identificação de caramujos	Nº de profissionais que capturam e identificam moluscos/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem capturar e identificar caramujos	
	Manejo simples de criadouros	Nº de profissionais que realizam manejo de criadouros/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem realizar manejo simples de criadouros	
EQUIPE EM TRABALHO INTEGRAL	Realização de planejamento conjunto	Nº de profissionais que fazem o planejamento conjunto das ações de controle/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem participar do planejamento das ações	Se menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: 0 ponto
	Realização de atividades educativas	Nº de profissionais que realizam ações de educação em saúde e mobilização/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem realizar ações de educação em saúde e mobilização	
	Investigação de casos graves e óbitos	Nº de profissionais que realizam investigação de casos graves e óbitos/total de profissionais x 100	Mais de 60% dos profissionais devem investigar casos graves e óbitos	
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO PROCESSO (25 ITENS)				100 PONTOS

Fonte: autora do trabalho.

4.4.2.2 Matrizes de julgamento do contexto

As matrizes contendo os critérios, indicadores e padrões elencados para apreensão do contexto encontram-se dispostos nos quadros 3, 4 e 5 os quais, depois de elaborados, também foram submetidos aos especialistas para análise da pertinência das variáveis escolhidas para julgar sua influência no GI e apreciação da adequação dos indicadores à teoria adotada (Apêndices 3 e 4).

4.4.2.2.1 Matrizes de julgamento do contexto político

O julgamento sobre a influência do contexto político deu-se separadamente para os atores do *operating core*, do *middle line* e do *strategic apex*. Construíram-se, pois, uma matriz para cada tipo de ator e avaliou-se a contribuição de cada um na variação do GI do PCE.

A influência de cada item no GI do PCE foi julgada individualmente, obedecendo a seguinte classificação:

- a) Se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;
- b) Se entre 35 e 49,9% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável é indiferente;
- c) Se < 34,99 dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável não favorece a implantação.

4.4.2.2.2 Matrizes de julgamento do contexto estrutural organizacional

O julgamento sobre a influência do contexto estrutural organizacional deu-se de acordo com os mecanismos de coordenação, os parâmetros organizacionais básicos e os fatores contingenciais. Da mesma forma que para as variáveis consideradas no contexto político, julgou-se influência de cada item no GI do PCE individualmente, obedecendo a mesma classificação.

Quadro 3 – Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do *operating core* . Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
OPERATING CORE (PNS, ACS, ASA, COORDENADOR)	Conhecimento sobre sintomas de fase aguda	Nº profissionais que conhecem os sinais e sintomas agudos / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem reconhecer sintomas que se seguem à penetração da cercaria na pele: dermatite cercariana (micropápulas avermelhadas com prurido) e sintomas genéricos (pelo menos três dos seguintes: febre, cefaléia, anorexia, náusea, astenia, mialgia, tosse e diarreia)	- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;
	Conhecimento sobre sintomas de fase crônica	Nº profissionais que conhecem os sinais e sintomas crônicos / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem reconhecer um caso suspeito de esquistossomose mansônica crônica em <i>pelo menos uma</i> de suas formas: intestinal (citando diarreias repetidas, do tipo mucosangüinolenta ou não), hepatointestinal (sintomas da intestinal + diarreia e epigastralgia + fígado aumentado) e hepatoesplênica compensada (sintomas hepatointestinais + fígado e baço aumentados)	- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;
	Conhecimento sobre sintomas de casos graves	Nº profissionais que conhecem os sinais e sintomas graves / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem reconhecer um caso grave (manifestações hepatoesplênicas compensadas ou não)	- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação
	Conhecimento sobre a existência de formas ectópicas, neurológicas, vasculopulmonar e renal	Nº profissionais que conhecem formas ectópicas / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem saber sobre a existência e sintomas de <i>pelo menos uma</i> das formas ectópicas (quaisquer órgãos), ou neurológica (história epidemiológica compatível + dor lombar, distúrbios esfinterianos e alterações sensitivas dos membros inferiores), ou vasculopulmonar (síncope de esforço e sinais de insuficiência cardíaca), renal	
CONHECIMENTOS				

Quadro 3 – Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do *operating core* . Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuacao)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
CONHECIMENTOS	Conhecimento sobre a transmissão (ciclo e hospedeiro)	Nº profissionais que conhecem como se transmite a esquistossomose/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem conhecer o modo de transmissão (o que está envolvido na transmissão: água + homem infectado + caramujo) e identificação do hospedeiro diante de carcaças de animais mortos	
	Conhecimento sobre fatores determinantes da esquistossomose em sua área	Nº profissionais que conhecem os fatores determinantes e condicionantes em sua área/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem conhecer pelo menos dois dos fatores determinantes em áreas endêmicas do seu município (bioecológicos – ambientais; socioecológicos – ocupação do espaço: sociocultural – histórico, político)	
	Conhecimento sobre a prevalência na sua área	Nº profissionais que conhecem a prevalência em sua área/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem conhecer a prevalência (percentual)	
	Conhecimento sobre notificação (SINAN)	Nº profissionais que conhecem as regras para notificação em áreas endêmicas / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem conhecer os critérios de notificação em áreas endêmicas (só notificar casos graves)	
	Consideração de dados epidemiológicos no diagnóstico	Nº profissionais de nível superior que consideram critérios clínicos e epidemiológicos no diagnóstico/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem considerar critérios clínicos e epidemiológicos no diagnóstico	
	Conhecimento sobre o tratamento	Nº profissionais de nível superior que conhecem o tratamento / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem conhecer o tratamento (medicamento indicado + posologia + contraindicações – pelo menos 5 entre: gestação, amamentação, crianças menores de dois anos, insuficiência hepática grave, insuficiência renal, ou outras situações graves de descompensação clínica)	

Quadro 3 – Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do *operating core* . Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusão)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
CONHECIMENTOS	Conhecimento sobre os hospitais de referência	Nº profissionais de nível superior que conhecem os hospitais de referência / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem conhecer os hospitais de referência	
HABILIDADES	Adaptação às transformações	Nº de profissionais que concordam que o controle da esquistossomose é uma atribuição do PSF/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem entender que o controle da esquistossomose é sua atribuição disposta em normas	
	Capacidade de articulação	Nº de profissionais que afirmam já terem participado de atividades com demais profissionais (vigilância, outras secretarias)/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais já devem ter realizado trabalho conjunto com profissionais de outras áreas	- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos;
	Visão integral do controle da esquistossomose	Nº de profissionais que participam do planejamento e avaliação das ações de vigilância da esquistossomose/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem participar de todas as fases do controle da esquistossomose (planejamento, com elaboração de instrumentos de gestão + execução das atividades + avaliação de resultados)	variável favorece a implantação;
	Aprendizado contínuo	Nº de profissionais que fizeram cursos em esquistossomose nos últimos dois anos/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem ter participado de algum treinamento nos últimos dois anos	- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;
ATITUDES	Realização de atividades mínimas	Nº de profissionais que realizam o mínimo de atividades proposto nas normas- planejamento, vigilância, tratamento / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem realizar as atividades mínimas propostas de acordo com sua área de atuação (de acordo com o Caderno de atenção Básica 21);	- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação
ATITUDES	Comprometimento pessoal	N de profissionais que concordam que o controle da esquistossomose também é atribuição sua/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem reconhecer o controle da esquistossomose como atribuição sua	
	Inovação/ empreendedorismo	N de profissionais que se prestam à inovação/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem buscar realizar ações além das propostas nos guias e lei visando ao controle da esquistossomose	

Fonte: autora do trabalho

Quadro 4 – Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do *middle line*. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
MIDDLE LINE COORDENADORES DE ATENÇÃO BÁSICA E DO PCE/ VIGILÂNCIA	Conhecimento sobre a existência de uma fase aguda da doença: esquistossomose aguda e dermatite cercariana (sinais e sintomas gerais)	Nº coordenadores que conhecem os sinais e sintomas agudos / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem reconhecer sintomas que se seguem à penetração da cercaria na pele: dermatite cercariana (micropápulas avermelhadas com prurido) e sintomas genéricos (pelo menos três dos seguintes: febre,cefaléia, anorexia, náusea, astenia, mialgia, tosse e diarreia)	- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;
	Conhecimento sobre o que é um caso suspeito de esquistossomose mansônica fase crônica	Nº coordenadores que conhecem um caso suspeito de esquistossomose mansônica crônica / total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos profissionais devem reconhecer um caso suspeito de esquistossomose mansônica crônica em <i>pelo menos uma</i> de suas formas: intestinal (citando diarreiasrepetidas, do tipo mucosangüinolenta ou não), hepatointestinal (sintomas da intestinal + diarreia e epigastralgia + fígado aumentado) e hepatoesplênica compensada (sintomas hepatointestinais + fígado e baço aumentados)	- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;
	Conhecimento sobre a existência de formas ectópicas, neurológicas, vasculopulmonar e renal	Nº coordenadores que conhecem formas ectópicas / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem saber sobre a existência e sintomas de <i>pelo menos uma</i> das formas ectópicas (quaisquer órgãos), ou neurológica (história epidemiológica compatível + dor lombar, distúrbios esfinterianos e alterações sensitivas dos membros inferiores), ou vasculopulmonar (síncope de esforço e sinais de insuficiência cardíaca), renal	- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação
	Conhecimento sobre as áreas endêmicas	Nº coordenadores que conhecem as principais áreas endêmicas / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem saber ou ter à disposição (sala de situação), em termos percentuais, a prevalência da esquistossomose por área em seu município	
CONHECIMENTOS				

Quadro 4 – Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do *middle line*. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
CONHECIMENTOS	Conhecimento sobre fatores determinantes	Nº de coordenadores que sabem citar os fatores determinantes da esquistossomose em seu município/ total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem conhecer pelo menos dois dos fatores determinantes em áreas endêmicas do seu município (bioecológicos – ambientais; socioecológicos – ocupação do espaço: sociocultural – histórico, político)	<p>- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;</p> <p>- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;</p> <p>- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação</p>
	Conhecimento sobre notificação (SINAN)	Nº coordenadores que conhecem as regras para notificação em áreas endêmicas / total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos profissionais devem conhecer os critérios de notificação em áreas endêmicas (só notificar casos graves)	
	Conhecimento sobre o tratamento	Nº coordenadores que conhecem o tratamento / total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos profissionais devem conhecer que medicamento é indicado para o tratamento da esquistossomose	
	Conhecimento sobre os hospitais de referência	Nº coordenadores que conhecem os hospitais de referência / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem conhecer os hospitais de referência	
	Conhecimento sobre o sistema de informações	Nº de coordenadores que conhecem as 6 facetas do sistema e sabe como operá-lo/ total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem conhecer que o SISPCE é composto por 6 tipos de entradas de dados (ficha PCE 101, 102 e 102 A, 104, 105, 107 e 108)	
HABILIDADES	Adaptação às transformações	Nº de coordenadores que concordam que o controle da esquistossomose só é possível mediante integração entre vigilância assistencial/ total de	Mais de 50% dos profissionais devem entender que o controle da esquistossomose é possível somente com a integração entre vigilância e assistência	

Quadro 4 – Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do *middle line*. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
HABILIDADES	Capacidade de articulação	Nº de coordenadores que afirmam já ter participado de atividades com demais profissionais / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais já devem ter realizado trabalho conjunto com profissionais de outras áreas	<p>- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;</p> <p>- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;</p> <p>- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação</p>
		Nº de coordenadores que afirmam já terem procurado outras secretarias para realização de melhorias visando ao melhor controle da esquistossomose/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais já devem ter procurado outras secretarias para realização de melhorias visando ao melhor controle da esquistossomose	
	Visão integral do controle da esquistossomose	Nº de coordenadores que realizam planejamento, monitoramento e avaliação contínuos das ações de vigilância da esquistossomose/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem participar de todas as fases do controle da esquistossomose	
	Aprendizado contínuo	Nº de coordenadores que fizeram cursos em esquistossomose nos últimos dois anos/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem ter participado de algum treinamento nos últimos dois anos	
ATITUDES	Realização de atividades mínimas	Nº de coordenadores que realizam o mínimo de atividades proposto nas normas- planejamento, vigilância, tratamento / total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais devem realizar as atividades mínimas propostas de acordo com sua área de atuação; enfermeiro:	
	Inovação/ empreendedorismo	N de coordenadores que se prestam à inovação/ total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos profissionais devem buscar realizar ações além das propostas nos guias e lei visando ao controle da esquistossomose	

Quadro 4 – Distribuição de critérios, indicadores e padrões utilizados para julgar a influência de aspectos contexto político no grau de implantação do PCE em municípios do estado de Pernambuco – atores do *middle line*. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusao)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
ATTITUDES	Atitude gestora	N de coordenadores que participam da elaboração de Instrumentos de gestão/ total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem elaborar, junto com sua equipe, a parte do Plano Municipal de saúde e dos Relatórios de Gestão no que concerne à esquistossomose	- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;
	Liderança	N de coordenadores que afirmam ter bom relacionamento com profissionais da vigilância e Atenção Básica a ponto de exercer influência sobre os mesmos/ total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos coordenadores devem ter um relacionamento tal que exerçam influência sobre os demais	- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;
	Comprometimento pessoal	N de coordenadores que concordam que o controle da depende fundamentalmente da sua atuação/ total de coordenadores x 100	Mais de 50% dos profissionais devem reconhecer o controle da esquistossomose depende fundamentalmente da sua atuação	- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação

Fonte: autora do trabalho.

Quadro 5 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico Lógico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre a influência do Contexto político no Grau de Implantação – atores do *strategic apex* . Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
STRATEGIC APEX	CONHECIMENTOS	Conhecimento sobre áreas endêmicas	N de secretários que conhecem as áreas endêmicas do seu município/ total de secretários x 100	Mais de 50% dos secretários devem saber quais as áreas endêmicas
		Conhecimento sobre fatores determinantes	Nº de secretários que sabem citar fatores determinantes da esquistossomose em seu município/ total de secretários x 100	Mais de 50% dos secretários devem conhecer os principais fatores determinantes da esquistossomose em seu município (bioecológicos – ambientais; socioecológicos – ocupação do espaço; ou sociocultural – histórico, político)
	HABILIDADES	Adaptação às transformações	Nº de secretários que concordam que o controle da esquistossomose só é possível mediante integração entre vigilância e assistência/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos seretários devem entender que o controle da esquistossomose é possível somente com a integração entre vigilância e assistência
		Capacidade de articulação	Nº de secretários que afirmam já terem procurado outras secretarias para realização de melhorias visando ao melhor controle da esquistossomose/ total de profissionais x 100	Mais de 50% dos profissionais já devem ter procurado outras secretarias para realização de melhorias visando ao melhor controle da esquistossomose

- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;

- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;

- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação

Quadro 5 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico Lógico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre a influência do Contexto político no Grau de Implantação – atores do *strategic appex* . Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusao)

COMPONENTE		CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
STRATEGIC APPEX	HABILIDADES	Inovação/ empreendedorismo	N de secretários que afirmam ter incentivado e/ou realizado alguma ação inovadora no tocante à esquistossomose/ total de secretários x 100	Mais de 50% dos profissionais devem buscar realizar ações além das propostas nos guias e leis visando ao controle da esquistossomose	
		Comprometimento pessoal	N de secretários que se mostram proativos no combate à esquistossomose, investindo em treinamento e compra de materiais/ total de secretários x 100	Mais de 50% dos secretários devem ter investido, nos dois últimos anos, em capacitações para seus profissionais e aquisição de insumos e recursos necessários	
	ATITUDES	Atitude gestora	N de secretários que participam do planejamento das ações/ total de secretários x 100	Mais de 50% dos secretários devem participar do planejamento municipal junto com a equipe	

Fonte: autora do trabalho.

Quadro 6 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose na atenção básica para julgamento sobre a influência do Contexto estrutural organizacional no Grau de Implantação –Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO	
MECANISMO DE COORDENAÇÃO	Capacitação	Nº de municípios com mais de 90% de profissionais capacitados em esquistossomose	Em mais de 50% dos municípios, pelo menos 90% dos profissionais devem ser capacitados		
	Instrumentos normativos disponíveis	Nº de municípios que possuíam manuais e leis que regem o controle da esquistossomose/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios devem existir documentos sobre diretrizes operacionais de controle da esquistossomose à disposição dos profissionais para eventuais consultas (pelo menos: CAB 21 e manual de diretrizes técnicas do MS, tanto nas UBS quanto nos setores de vigilância)	- se mais de 50% dos profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação;	
	Conhecimento a respeito das normas	Nº de municípios onde mais de 90% dos coordenadores do PCE conheciam as metas de quantidade de exames e cobertura de tratamento exigidas/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios, pelo menos 90% dos coordenadores devem conhecer a meta de exames e a cobertura de tratamento	- se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente;	
PARÂMETROS ORGANIZACIONAIS BÁSICOS	Formalização	Plano municipal	Nº de municípios cujo plano contempla a intersetorialidade/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios o Plano municipal de saúde deve contemplar a intersetorialidade no controle da esquistossomose	- se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação
		Organograma	Nº de municípios cujo organograma contempla a coordenação da esquistossomose/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios deve existir organograma formalizando a existência do setor de controle da esquistossomose	
		Cumprimento da meta de número de exames estabelecida	Nº de municípios que cumpriram a meta anual de exames estabelecida em concordância com a SES/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem cumprir a meta de exames anual proposta	

Quadro 6 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose na atenção básica para julgamento sobre a influência do Contexto estrutural organizacional no Grau de Implantação –Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
PARÂMETROS ORGANIZACIONAIS BÁSICOS	Formalização Cumprimento da cobertura de tratamento estabelecida	Nº de municípios que cumpriram a meta anual para cobertura de tratamento/ total de municípios x 100	Mais de 50% dos municípios devem cumprir a meta de cobertura de tratamento proposta	
	Agentes Comunitários de Saúde capacitados na sua área específica	Nº de ACS capacitados em trabalho de campo / total de ACS x 100	Mais de 50% dos ACS deve ter sido capacitado em trabalho de campo (planejamento e realização da entrega e coleta de potes e atividades relacionadas)	
	Profissionais de Nível Superior da atenção básica capacitados em esquistossomose	Nº de profissionais de nível superior capacitados em diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos graves/ total de PNS x 100	Mais de 50% dos PNS deve ter sido capacitado em diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos graves	
	Coordenadores de atenção básica capacitados em esquistossomose	Nº de coordenadores de atenção básica capacitados em esquistossomose/ total de CAB x 100	Mais de 50% dos Coordenadores da AB capacitados em gestão do PCE	
	Agentes de Saúde Ambiental capacitados em esquistossomose	Nº de agentes de saúde ambiental capacitados em esquistossomose/ total de agentes x 100	Mais de 50% dos ASA capacitados em trabalho de campo	
	Coordenadores PCE capacitados em gestão do PCE	Nº de coordenadores capacitados em gestão do PCE/ total de PNS x 100	Mais de 50% dos Coordenadores do PCE capacitados em gestão do PCE	
	Laboratoristas capacitados em esquistossomose	Nº de laboratoristas capacitados em leitura de lâminas/ total de laboratoristas x 100	Mais de 50% dos Laboratoristas capacitados em leitura de lâminas	
	Auxiliares de laboratório capacitados em esquistossomose	Nº de auxiliares capacitados em preparação e armazenamento de lâminas/ total de auxiliares x 100	Mais de 50% dos Auxiliares de laboratório capacitados em preparação de lâminas	
	Equipe de educação em saúde capacitada	Nº de equipes capacitados em esquistossomose/ total de equipes x 100	Mais de 50% das equipes de educação capacitada em promoção da saúde	

Quadro 6 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose na atenção básica para julgamento sobre a influência do Contexto estrutural organizacional no Grau de Implantação –Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continuação)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
PARÂMETROS ORGANIZACIONAIS BÁSICOS	Profissionais para ações de malacologia capacitados em esquistossomose	Nº de profissionais de malacologia capacitados em manejo do hospedeiro/ total de PNS x 100	Mais de 50% dos Profissionais de malacologia devem ser capacitados em captura e análise de exemplares	
	Organização do poder	Decisão política	Nº de municípios onde coordenadores afirmam que têm autonomia para realização das ações/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios a tomada de decisão deve ser descentralizada do nível central
		Trabalho de campo	Nº de municípios onde o trabalho se dá de forma conjunta/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios o trabalho deve acontecer de maneira conjunta entre VS e PSF
	Cultura gestora/ empowerment	Planejamento	Nº de municípios onde há estímulo ao planejamento integral e participativo de ações/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios a coordenação e o secretário de saúde devem cobrar para que o planejamento se dê de forma conjunta e proativa por parte dos profissionais
		Avaliação de resultados	Nº de municípios onde há discussão dos resultados e elaboração de relatórios/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios a elaboração de relatórios de gestão e discussão dos resultados deve ser conjunta e intersetorial e formalmente cobrada pela coordenação ou secretário de saúde
	FATORES CONTINGENCIAIS	Idade	Tempo de implantação da equipe	Nº de equipes implantadas há mais de 5 anos/ total de equipes x 100

Quadro 6 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por subcomponente do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose na atenção básica para julgamento sobre a influência do Contexto estrutural organizacional no Grau de Implantação –Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusao)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO	
FATORES CONTINGENCIAIS	Tamanho	Recursos suficientes	Nº de municípios que garantem recursos para ações de controle/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios o município deve ser o responsável pela garantia dos recursos necessários às ações de controle da esquistossomose (veículos, laboratório integrado, computador para digitação, recursos humanos) sem necessitar de ajuda externa	- se mais de 50% dos municípios adequaram-se aos critérios estabelecidos: variável favorece a implantação; - se entre 35 e 49,9%, o GI é indiferente à mesma; - se < 34,99 adequarem-se, a variável não favorece a implantação
		Realização de ações no nível local	Nº de municípios que realizam ações propostas sem precisar de auxílio/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios o município deve realizar integralmente as ações de controle propostas pela SES/PE, com técnicos e tecnologias próprias.	
	Clima organizacional	Clima organizacional	Nº de municípios onde os profissionais consideram como bom o clima de trabalho, principalmente entre vigilância e assistência/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios deve haver um bom clima de trabalho entre os profissionais das equipes e o das vigilâncias	
		Apoio interno	Nº de municípios onde existem laboratórios, insumos e recursos para realização de atividades/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios não deve haver relatos de falta de insumos e recursos para realização das ações	
	Apoio	Apoio externo	Nº de municípios onde existem parcerias entre a secretaria de saúde e outra secretaria/ total de municípios x 100	Em mais de 50% dos municípios deve existir parcerias entre a secretaria de saúde e pelo menos uma das seguintes secretarias: educação, obras e similares, desenvolvimento urbano e similares.	

Fonte: autora do trabalho

4.5 Construção e validação dos questionários avaliativos

Todas as suposições acima, compiladas nas matrizes, foram levadas em conta na construção dos questionários de avaliação tanto do GI (Apêndices 5, 6 e 7) quanto do contexto político (apêndices 8, 9, 10, 11, 12 e 13) e estrutural (13, 14, 15, 16 e 17) os quais contiveram questões semi-estruturadas permitindo respostas dentro de escalas binárias com espaço para realização de comentários adicionais livres.

De posse dos questionários avaliativos, realizou-se um teste piloto em um dos municípios para equalização dos entrevistadores e correções de falhas de construção.

4.6 Coleta de dados

A entrevista dirigida foi a estratégia de coleta de dados eleita para responder às questões colocadas nos questionários semiestruturados elaborados a partir das matrizes de julgamento. Para aquelas questões que exigiram confirmação, utilizaram-se as estratégias da observação direta do ambiente de trabalho e análise documental.

4.7 Plano de análise

A seguir, demonstra-se como serão analisadas os dados.

4.7.1 Julgamento do GI

4.7.1.1 Julgamento sobre a estrutura

O julgamento sobre o GI da estrutura deu-se em duas fases, a partir da comparação entre o observado e o disposto na matriz, através da atribuição de pontos a cada item da dimensão conforme disposto em item anterior.

Assim, ponderou-se, inicialmente, sobre a implantação dos RH e RM de acordo com o percentual de cumprimento de normas (% de pontos atingidos com relação ao total), atingido por cada sub-dimensão, obedecendo aos seguintes pontos de corte: RH ou RM implantados: 75 a 100% do total de pontos; RH ou RM parcialmente implantados: 50 a 74,9 % do total de pontos; RH ou RM incipientemente implantados: 25 a 49,9% do total de pontos; RH ou RM não implantados: menos de 24,9% do total de pontos.

Em seguida, procedeu-se ao julgamento da dimensão estrutura, de acordo com a pontuação total atingida pela dimensão (somatório de pontos dos RH e RM), obedecendo-se aos seguintes pontos de corte: estrutura implantada: 75 a 100 pontos; estrutura parcialmente implantada: 50 a 74,9 pontos; estrutura incipientemente implantada: 25 a 49,9 pontos; estrutura não implantada: menos de 24,9 pontos.

4.7.1.2 Julgamento sobre o processo

O julgamento sobre o GI do processo também se deu em duas fases, a partir da comparação entre o observado e o disposto na matriz, através da atribuição de pontos a cada item da dimensão conforme disposto em item anterior.

Assim, ponderou-se, inicialmente, sobre a implantação do processo na atenção básica e na vigilância de acordo com o percentual de cumprimento de normas (% de pontos atingidos com relação ao total), atingido por cada sub-dimensão, obedecendo aos seguintes pontos de corte: processo AB ou VS implantados: 75 a 100% do total de pontos; processo AB ou VS parcialmente implantados: 50 a 74,9 % do total de pontos; processo AB ou VS incipientemente implantados: 25 a 49,9% do total de pontos; processo AB ou VS não implantados: menos de 24,9% do total de pontos.

Em seguida, procedeu-se ao julgamento da dimensão processo, de acordo com a pontuação total atingida pela dimensão (somatório de pontos dos processos da AB e VS), obedecendo-se aos seguintes pontos de corte: processo implantado: 75 a 100; processo parcialmente implantado: 50 a 74,9 pontos; processo incipientemente implantado: 25 a 49,9 pontos; processo não implantado: menos de 24,9 pontos.

4.7.1.3 Julgamento sobre o GI do PCE

A análise do GI visou responder à seguinte pergunta: as ações de controle da esquistossomose estão implantadas nas instâncias municipais em Pernambuco?

O GI do PCE para o estado de Pernambuco se deu através da média aritmética dos GI dos municípios, obedecendo-se à seguinte equação (1):

$$GI\ PCE\ municipal = \frac{GI\ estrutura + GI\ processo}{2} \quad (1)$$

Por fim, a conclusão a respeito do GI do PCE em Pernambuco obedeceu aos seguintes pontos de corte: implantado: 75 a 100 do total de pontos; parcialmente implantado: 50 a 74,9 pontos; incipientemente implantado: 25 a 49,9 pontos; não implantado: menos de 24,9 pontos.

4.7.2 Julgamento da influência do contexto político estrutural no GI do PCE

A análise da influência do contexto político e estrutural no GI do PCE deu-se a partir da relação ilustrada no MT, procurando responder às questões colocadas pelos autores Denis e Champagne para julgar esta influência: em que as estratégias fundamentais dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção; as características da organização favorecem à implantação; as relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?

Para tanto, indicadores foram criados e validados e categorizaram-se as variáveis contextuais de acordo com os pontos de corte adotados na tabela 3 – 2: se $> 50\%$ dos municípios/ profissionais adequaram-se aos critérios estabelecidos, esta variável favorece a implantação; se entre 35 e 49,9%, a variável é indiferente; se $< 34,99$ adequarem-se, a variável não favorece a implantação.

4.8 Considerações éticas

Este estudo aconteceu no período de setembro de 2010 a junho de 2012, obedecendo aos requisitos da resolução nº 466/13 e foi financiado pelo Programa de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e tendo sido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

5 RESULTADOS



5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na mesma ordem em que o método foi posto, mostrando-se, em tabelas, o GI da estrutura e do processo do PCE para a atenção básica e vigilância e, em seguida, os aspectos contextuais políticos e estruturais organizacionais de acordo com a teoria adotada.

5.1 Participantes da pesquisa

Na tabela 1 encontram-se distribuídas as quantidades de profissionais, gestores e UBS por municípios participantes da pesquisa.

5.2 Grau de Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em instâncias municipais do estado de Pernambuco

5.2.1 GI da estrutura

A tabela 2 mostra o GI da estrutura requerida para ações de controle da esquistossomose em Pernambuco. Verifica-se que a mesma atingiu 37,5 pontos do que é requerido para uma intervenção de qualidade (implantação incipiente). Contribuíram para este resultado tanto a escassez e inadequação de RH quanto de RM, mas este último teve especial peso dado que alcançou somente 10 pontos (18,18% do esperado) contra 27,5 pontos (61,1% do esperado) para os RH.

A análise dos RH mostra que existe pessoal suficiente (95,58%) (equipes completas, coordenadores da atenção básica e vigilância da esquistossomose, laboratoristas e ASA) para execução das atividades propostas, exceto pelo item motorista, que esteve ausente em 8 dos 23 municípios (65,5%). Porém, um dos fatores principais que pesou nos resultados negativos foi, principalmente, a capacitação da equipe da atenção básica: além de menos da metade dos ACS (46,3%) e de 50% dos PNS serem capacitados em suas funções específicas, somente 2,5% dos coordenadores da atenção básica receberam algum treinamento em controle da esquistossomose. Destaque também para o baixíssimo percentual de capacitação das Equipes de educação em saúde (13%), digitadores (4,3%) e profissionais de malacologia (0%), que receberam 0 ponto. Uma observação importante a ser feita é sobre a capacitação dos digitadores: embora todos eles soubessem acessar o SISPCE e inserir os dados provenientes

das ações de campo (Ficha PCE 101), apenas 4,3% deles tinham conhecimento sobre e sabiam manipular as outras facetas do SISPCE: saneamento, ações de malacologia e registro de coleções hídricas e educação em saúde.

Vale ressaltar que aqueles profissionais capacitados foram em suas ações específicas, inerentes ao seu campo de atuação; porém, quando se considerou a capacitação da equipe, observou-se que em nenhum município isso ocorreu (0%).

Os RM tiveram implantação pior que o RH: existiam apenas 18,18% dos materiais requeridos para realização das atividades. Vê-se que as falhas incorreram nos mesmos aspectos das observadas para o RH: grande prejuízo dos setores de malacologia, da vigilância e de educação em saúde. Em nenhum município havia material para ações de malacologia (0%), e em somente um (4,3%) existiam fichas para o registro de atividades de malacologia, educação e saneamento no SISPCE. Em dois municípios da I Geres (8,69%) havia disponibilidade da ficha do Sinan para notificação de casos graves, mas em nenhum (0%) havia ficha para investigação de casos graves e óbitos. A vigilância também ficou prejudicada no que diz respeito à sala de situação, onde em apenas 8,69% dos municípios sua existência foi observada e à existência de mapas e croquis, observados em apenas 23,5 e 27,7% dos municípios, respectivamente. A maioria dos municípios possuía laboratório (91,6%) e EPI para laboratoristas (86,9%); no entanto, houve falta de Kits de Kato Kats em 56,6% dos municípios (Tabela 2).

No que concerne ao tratamento dos pacientes e à existência de ficha PCE 108 (notificação de casos provenientes da demanda passiva), os índices também foram preocupantes: 21,9 e 36,5% respectivamente, embora este último tenha sido ligeiramente melhor que a existência de material educativo (30,4%). Somente 69,5% dos municípios tinha veículo à disposição do programa.

Tabela 2. Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação estabelecido para o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em municípios do estado de Pernambuco. Pernambuco, 2010- 2012. (Continua)

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES			%	V GERES	%	PE	PONTOS			
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S						T	U	V
EqSF Completa	1	2	2	1	2	2	1	2	100	2	2	3	2	2	100	2	2	1	100	1	2	2	100	1	2	2	2	100	100	2,5
Existência de coord. AB	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	2,5
Existência de coord. PCE	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	2,5
Existência de ASA	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	2,5
Existência de laboratorista	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	2,5
Existência de aux. lab	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	2,5
Existência de Motorista	1	1	1	1	1	0	0	0	40	1	1	1	0	0	60	0	1	1	66,6	1	1	0	66,6	1	1	1	0	75	65,5	1,25
ACS capacitados em sua função específica	3	3	3	2	2	2	5	2	36,6	3	4	4	3	9	58,9	7	6	0	54,1	4	4	4	52,1	1	4	4	4	39,3	46,3	0
PNS da AB capacitados em sua função específica	1	1	0	0	2	2	1	1	57,1	0	1	1	2	0	50	1	0	0	25	1	0	0	25	1	1	3	1	37,5	50	1,25
Coord. AB capacitados em sua função específica	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,5	0
ASA capacitados em sua função específica	0	1	1	1	1	0	1	1	75	1	1	1	1	0	80	0	0	1	33,3	1	1	0	66,6	1	1	1	1	100	73,9	2,5
Coord. PCE capacitados	1	1	1	0	1	0	1	1	75	1	1	1	0	1	80	1	0	1	66,66	1	1	1	100	1	1	1	1	100	82,6	2,5
Laboratoristas capacitados	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	2,5
Auxiliares de laboratório capacitados em sua função específica	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	2,5
Equipe de educação em saúde capacitada em esquistossomose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	50	13	0
Digitadores do SISPCE capacitados em sua função específica	0	0	0	0	0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0	
Profissionais para ações de malacologia capacitados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Equipe de trabalho capacitada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL RECURSOS HUMANOS																								PARCIALMENTE IMPLANTADO (61,1 %)			27,5 pontos			

Tabela 2. Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação estabelecido para o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em municípios do estado de Pernambuco. Pernambuco, 2010- 2012.

(Continuação)

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES			%	V GERES				%	% PE	PONTOS
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S		T	U	V	X			
EqSF com medicação	0	0	0	0	0	2	0	0	15,3	1	0	1	0	0	15,3	1	0	0	20	0	1	0	20	0	0	2	1	42,8	21,9	0
EqSF com ficha PCE 108	1	0	0	1	1	1	0	1	38,4	1	0	0	1	1	23,07	1	0	0	20	0	1	0	20	1	1	2	1	71,4	36,5	0
Setor de Vigilância da Esquistossomose que possuíam computador + internet	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	0		1	1	1	1	100	94,4	2,5
Setor de Vigilância da Esquistossomose com sala de situação	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	25	8,69	0
Setor de Vigilância da Esquistossomose com Material educativo	0	0	0	1	0	0	0	0	12,5	0	0	0	1	1	40	0	1	1	66,6	1	0	0	33,3	0	1	0	0	25	30,4	0
Ficha PCE 101 - coproscopia	1	1	0	1	1	0	0	1	62,5	1	1	1	0	1	80	1	1	1	100	1	1	1	100	1	0	0		33,3	69,5	1,25
Ficha PCE 102 - malacologia	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0
Ficha PCE 102 A – identificação de coleções hídricas	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0
Ficha PCE 104 - Etiquetas identificadoras de potes	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0
Ficha PCE 106 – registro de atividades educativas	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0
Ficha PCE 107 - saneamento	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0
Ficha Sinan	0	0	0	0	0	1	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,69	0
Ficha investigação de óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veículo para PCE	0	1	1	1	1	1	1	0	75	1	0	1	1	1	80	0	1	0	66,6	1	1	0	66,6	1	1	1	0	75	69,5	1,25
Mapa	1	0	0	0	0	0	0	0	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	33,3	0	1	1	0	50	23,5	0
Croqui	1	0	0	0	0	0	0	0	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	66,6	0	1	1	0	50	27,7	0
Laboratório municipal	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	0	66,6	1	1	0	1	75	91,3	2,5

Tabela 2. Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação estabelecido para o Grau de Implantação da dimensão estrutura do PCE em municípios do estado de Pernambuco. Pernambuco, 2010- 2012.

(Conclusão)

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES			%	V GERES				%	% PE	PONTOS
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S		T	U	V	X			
Kits de Kato Katz	0	0	0	0	0	1	0	0	12,5	0	1	0	0	1	40	1	0	1	66,6	1	1	0	66,6	0	1	1	1	75	43,4	0
Equipamentos de Proteção Individual/ laboratoristas	1	1	1	0	1	1	1	1	87,5	1	0	1	1	0	60	1	0	1	66,6	1	1	1	100	1	1	1	1	100	86,9	2,5
Material para coproscopia de controle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Material para trabalho de campo/ malacologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Equipamentos de Proteção individual/ Malacologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL RECURSOS MATERIAIS (22 itens / 55 pontos/ 100%)															(18,18%)/ NÃO IMPLANTADO										10 pontos					
TOTAL GI ESTRUTURA EM PERNAMBUCO/ JULGAMENTO															IMPLANTAÇÃO INCIPIENTE										37,5 pontos					

Fonte: autora do trabalho

5.2.2 *GI do Processo*

O processo na atenção básica esteve ligeiramente melhor implantado que na vigilância (Tabela 3) : 30% (implantação incipiente) na primeira contra 28,5% na segunda (implantação incipiente). O GI do processo do PCE foi de 28,98 pontos, pior do que o GI da estrutura (37,5). Os fatores que mais contribuíram para a melhor implantação do processo na atenção básica foram o fato de 55% dos PNS realizarem tratamento em sua unidade e acompanharem os casos graves, de 64,2% dos ACS acompanharem a tomada de medicação e realizarem educação em saúde e de 56,4% entregarem aos moradores os resultados de seus exames e realizarem entrega e coleta de potes. O maior prejuízo ficou por conta das atividades realizadas pelo coordenador da atenção básica, já que somente 21,7% elaboram instrumentos de gestão, pela não investigação de casos graves e óbitos que deveria ser feita pelos PNS e pelo não agendamento de coproscopia de controle pelos ACS.

Com relação ao processo na vigilância, a inexistência de ações de malacologia tanto no que concerne à sua realização quanto à inclusão de dados no SISPCE, a precariedade de ações de vigilância epidemiológica, onde apenas 17,3% dos municípios realiza diagnóstico epidemiológico, 21,7% obedece ao intervalo máximo de dois anos entre duas intervenções e apenas 13% realizam coproscopia de controle para saber o percentual de cura dos pacientes, à negligência com relação à inclusão de dados no SISPCE (com prejuízo da inclusão de dados sobre ações de malacologia – 0% -, de educação em saúde – 0% -, de saneamento – 0% - e de pacientes provenientes da demanda passiva – 43,4%) e, finalmente, o prejuízo do planejamento formal no tocante à elaboração de instrumentos de gestão (26%), já seriam suficientes para explicar o baixo índice alcançado. Observa-se que mesmo que os índices de uso de critérios epidemiológicos e sócio-ambientais na determinação de áreas de atuação (em 69,5% dos municípios) tenham sido bons, da quantidade de municípios que abrangem áreas urbanas (65,2%), de cobertura de tratamento (73,9% dos municípios atingiram) e de execução de trabalho em equipe (52,1%), além do cumprimento de 100% no tocante ao uso de dados do SISPCE para planejar ações, da realização de inquéritos coproscópicos em 100% das áreas determinadas, à realização de ações de educação em saúde e à inclusão de dados da ficha PCE-101, estes não foram suficientes para atingir a abordagem integral esperada para atingir o adequado controle da esquistossomose em Pernambuco.

Tabela 3 - Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação estabelecido para o Grau de Implantação da dimensão processo do PCE em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Pernambuco, 2010- 2012.

(Continua)

ATOR	CRITERIO	I GERES				%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES				%	V GERES	%	% PE	Pontos							
		A	B	C	D		E	F	G	H	I		J	K	L		M	N	O	P						Q	R	S	T	U	V	X
Coordenador	Profissionais que participam da Elaboração conjunta de instrumentos de gestão (PMS e relatórios)	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	1	0	1	0	0	40	0	0	0	0	0	1	0	33,3	1	0	0	0	25	21,7	0	
	PNS que realizam tratamento	1	2	2	0	0	0	0	2	53,8	1	1	2	0	1	62,5	0	2	1	60	1	1	2	80	1	2	3	2	100	71,2	1,61	
Profissional de Nível Superior	PNS que acompanham casos graves	1	2	1	0	0	0	0	2	10	1	2	0	0	37,5	0	2	0	40	1	1	1	60	1	2	3	2	100	55	1,61		
	PNS que investigam casos graves e óbitos	1	1	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	PNS que realizam educação em saúde	1	0	0	0	0	1	0	0	25	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	17,3	0		
ACS	ACS que acompanham a tomada de medicação	2	1	4	3	1	6	3	3	50,0	3	2	5	2	8	64,5	6	7	2	78,9	4	4	8	88,8	0	4	5	7	64,2	64,2	1,61	
	ACS que entregam resultados	2	4	6	3	1	5	3	1	54,3	4	2	4	4	6	64,5	5	5	0	52,6	3	4	5	66,6	0	3	3	6	56,4	56,4	1,61	
	ACS que realizam entrega e coleta de potes	2	3	6	4	1	3	2	2	50,0	3	4	4	3	8	70,9	7	5	0	63,1	4	4	4	66,6	0	4	2	4	56,4	56,4	1,61	
	ACS agenda o controle de cura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ACS realiza educação em saúde	2	1	4	3	1	6	3	3	50,0	3	2	5	2	8	64,5	6	7	2	78,9	4	4	8	88,8	0	4	5	7	64,2	64,2	1,61	
PROCESSO ATENÇÃO BÁSICA (TOTAL 32,2 pontos)															(30%) IMPLANTAÇÃO INCIPIENTE												9,66					

Tabela 3 - Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação estabelecido para o Grau de Implantação da dimensão processo do PCE em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Pernambuco, 2010- 2012.

(Continuação)

ATOR	CRITERIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES				%	% PE	Pontos				
		A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S	T				U	V	X	
			EVS que realizam delimitação epidemiológica	1	0	0	0	0	1	0	0	25	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0
	EVS que utilizam critérios ambientais, socioeconômicos e epidemiológicos na definição de áreas de atuação	1	0	1	1	0	1	1	1	75	0	1	0	1	0	40	1	0	1	66,6	1	1	1	100	1	1	1	0	75	69,5	1,61
	EVS que utilizam dados do SISPCE para determinação de áreas a serem trabalhadas	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	3,22
EVS	EVS que realizam planejamento e avaliação conjuntos das ações	0	0	1	0	0	0	1	1	37,5	1	1	0	0	0	40	0	1	0	33,3	0	1	1	66,6	0	1	0	1	50	43,4	00
	EVS que participa da elaboração de instrumentos de gestão	1	0	0	0	0	0	1	0	25	0	0	1	0	0	20	0	1	0	33,3	0	0	1	33,3	0	0	1	0	25	26,0	0
	EVS que realizam Inquérito coprosκόpio censitário em áreas pré-determinadas	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	3,22
	EVS que realizam trabalhos em áreas urbanas	1	0	1	1	0	1	1	1	75	0	1	0	1	1	60	1	0	1	66,6	0	1	1	66,6	0	1	0	1	50	65,2	1,61
	EVS que obedecem ao intervalo de dois anos entre realização de ações	0	0	1	0	0	0	0	1	25	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1	0	0	0	25	21,7	0

5.2.3 Grau de Implantação do PCE em PE

O GI do PCE em Pernambuco correspondeu à média aritmética do GI da estrutura e do GI do processo, obedecendo à seguinte equação:

$$\text{GI DO PCE EM PE: } 37,5 + 28,98 : 2 = 33,24$$

Deste modo, tem-se que a implantação do PCE em Pernambuco foi Incipiente, tendo contribuído para este resultado tanto aspectos da estrutura requerida quanto do processo.

5.3 Análise do contexto

A análise do contexto mostrou os resultados que se seguem:

5.3.1 Contexto político

5.3.1.1 Operating core: profissionais de nível superior (PNS) da EqSF, ACS, ASA

A tabela 4 reúne os dados sobre a influência dos atores do *operating core* no GI do PCE. Os profissionais denominados “linha de frente” no controle da esquistossomose não apresentaram a competência necessária para estarem aptos a operacionalizar o PCE, dado que os itens eleitos para avaliá-la comportaram-se contra a implantação do PCE, exceto por apenas uma das facetas do item atitude, o *comprometimento pessoal*, que favoreceu (54,7% dos profissionais consideram ser a esquistossomose uma atribuição sua).

O conhecimento sobre a esquistossomose esteve prejudicado em aspectos básicos, como a ciência sobre aspectos clínicos, onde muitos poucos profissionais afirmaram conhecer que existia uma fase aguda e quais eram seus sintomas (0,47%) ou sobre a existência de formas ectópicas (9,9%). Impressiona a quantidade de profissionais que nunca ouviram falar sobre a existência de uma fase aguda e em dermatite cercariana. O conhecimento sobre os sintomas de fase crônica e casos graves, embora apresentando melhor desempenho por serem mais popularmente disseminados, ainda estiveram bem aquém do recomendado já que a maioria dos profissionais, incluindo os de nível superior, os citaram de maneira vaga (a maioria citou, apenas, o comprometimento hepático, não diferenciando um caso crônico de um grave), não atingindo os parâmetros adotados.

Embora 42,1% dos profissionais tenham apontado alguns dos fatores determinantes do adoecimento presentes em sua área (como a existência de determinado rio ou açude onde as pessoas costumam trabalhar e falta de saneamento – mais citados), apenas 10,4% deles tinham ciência sobre o modo de transmissão, sendo que o que mais deixou a desejar foi o conhecimento sobre a espécie de caramujo hospedeiro, o qual foi confundido com o *Achatina fulica* (africano) com o *Pomacea canaliculata* (aruá).

Tabela 4 - Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – *operating core* (ASA, ACS e PNS). Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

CRITÉRIO	I GERES				%	II GERES				%	III GERES			%	IV GERES			%	V GERES				%	% PE	JULGAMENTO						
	A	B	C	D		E	F	G	H		I	J	K		L	M	N		O	P	Q	R				S	T	U	V	X	
CONHECIMENTOS	Existência de/sintomas de fase aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1,40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,47	NÃO FAVORECE			
	Sintomas de fase crônica	3	4	5	2	4	7	4	2	40,8	1	2	2	2	4	35,4	2	3	2	25	3	2	5	37	1	4	5	5	37,5	35	NÃO FAVORECE
	Sintomas de casos graves	3	1	2	0	0	3	1	1	15,4	2	1	3	5	2	28,8	2	3	1	21,4	1	1	3	18,5	2	3	3	1	22,5	20,8	NÃO FAVORECE
	Existência de/formas ectópicas	1	1	2	0	0	1	0	0	7,0	0	0	1	4	0	11,1	1	1	1	10,7	1	0	1	7,4	2	1	2	1	15	9,9	NÃO FAVORECE
	Conhecimento sobre a transmissão	0	0	1	0	0	1	1	1	6,66	1	0	0	0	0	2,5	3	2	1	25	0	1	2	13	1	3	2	2	20	10,4	NÃO FAVORECE
	Conhecimento sobre fatores determinantes da esquistossomose em sua área	4	4	5	4	4	7	4	2	47,8	3	2	2	3	4	68,8	3	3	4	35,7	4	3	6	48,1	3	4	6	5	45	42,1	INDIFERENTE
	Conhecimento sobre a prevalência na sua área	1	1	2	0	0	1	0	0	7,0	0	0	1	4	0	11,1	1	1	1	10,7	1	0	1	7,4	2	1	2	1	15	9,9	NÃO FAVORECE
	Conhecimento sobre notificação (SINAN)	0	1	1	0	0	0	0	0	2,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,5	1,4	NÃO FAVORECE
	Dados epidemiológicos no diagnóstico*	0	0	1	0	0	1	2	0	28,5	1	0	1	0	0	12,50	0	0	0	0	0	0	1	20	2	0	1	1	0	27,5	NÃO FAVORECE
	Tratamento*	3	2	0	0	1	2	1	1	14	2	0	2	0	2	13,3	1	1	0	7,1	3	2	1	22,2	0	2	0	0	5	12,3	NÃO FAVORECE
HABILIDADES	Adaptação às transformações	4	5	9	5	4	5	4	4	56,3	4	6	6	5	9	30	9	7	1	60,7	5	6	5	48,1	1	5	4	5	37,5	46,5	INDIFERENTE
	Capacidade de articulação	2	6	7	4	1	3	3	2	39,4	1	0	2	3	4	22,2	1	4	0	17,8	0	2	0	7,4	0	0	2	1	7,5	18,8	NÃO FAVORECE

Tabela 4 - Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – *operating core* (ASA, ACS e PNS). Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusão)

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES				%	V GERES	%	PE	JULGAMENTO			
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S	T						U	V	X
ATTITUDES	Visão integral do controle da esquistossomose	3	2	0	0	1	2	1	1	14	2	0	2	0	2	13,3	1	1	0	7,1	3	2	1	22,2	0	2	0	0	5	12,3	NÃO FAVORECE
	Aprendizado contínuo	2	5	6	4	1	3	3	2	36,6	4	4	5	2	9	53,3	3	7	2	35,7	1	4	6	40,7	2	7	8	4	52,5	43,7	INDIFERENTE
	Realização de atividades mínimas	2	3	1	0	3	1	1	2	18,3	2	1	0	5	0	17,7	4	2	0	28,4	4	2	2	33,3	2	0	3	1	15	22,5	NÃO FAVORECE
	Inovação/empreendedorismo	0	0	0	0	0	1	1	0	2,8	1	0	0	0	0	2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5	2,3	NÃO FAVORECE
	Comprometimento pessoal	3	5	8	5	3	5	4	3	50,7	4	6	6	5	9	66,6	7	7	1	53,3	5	6	6	62,9	1	6	4	5	40	54,7	FAVORECE

Fonte: autora do trabalho.

O conhecimento sobre ações básicas de vigilância também foi precário: apenas 9,9% dos profissionais tinham conhecimento ou uma sala de situação e somente 1,4% sabiam que só se notificam, no SINAN, os casos graves; muitos afirmaram notificar quaisquer tipos de casos.

Sendo a esquistossomose uma doença que não ocorre sem a presença de fatores ambientais, o fato de apenas 27,5% dos PNS considerarem a história clínica do paciente no diagnóstico preocupa pela perda de oportunidade de diagnosticar um caso suspeito; além disso, apenas 12,3% deles conheciam o correto tratamento, sendo que as principais falhas estiveram nas contra-indicações.

Apesar de os profissionais apresentarem algumas das habilidades requeridas (46,5 concordam que o controle da esquistossomose deve ser feito em conjunto com o PSF) ou adquiridas (43,7% eram treinados), eles não apresentaram a visão integral necessária ao controle da doença (12,3), sendo que a participação em atividades de planejamento e avaliação de resultados foram as que mais deixaram de ser citadas, nem procuraram se articular com outros setores dentro ou fora da secretaria de saúde (18,8). Por fim, apenas 22,5% dos profissionais realizam, na prática, as atividades mínimas propostas para sua área de atuação, de acordo com as normas, e em apenas um município os profissionais participaram de uma atividade inovadora, que foi a construção de banheiros químicos,

5.3.1.2 Middle line: coordenadores da AB e do PCE

A tabela 5 compila os dados referentes à influência do contexto político, atores do middle line, no GI do PCE. No que se refere aos conhecimentos requeridos, embora 76,1 % dos profissionais reconheçam um caso suspeito de esquistossomose e 95,2% deles terem ciência de que o Praziquantel é a droga de escolha, distribuída gratuitamente pelos serviços de saúde, ainda deixaram a desejar sobre a ciência da existência de uma fase aguda (33,3%), sendo que a maioria não sabia o que era dermatite cercariana, apenas 14,2% conheciam outras formas de esquistossomose, sendo a mais citada a mielorradiculínica e 38% não conheciam o modo de transmissão, sendo que a maior falha esteve no reconhecimento do caramujo hospedeiro.

Tabela 5 - Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – middle line (coordenadores da AB e do PCE). Pernambuco, 2010 – 2012.

(Continua)

CRITÉRIO	I GERES				%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES				%	% PE	JULGAMENTO								
	A	B	C	D		E	F	G	H	I		J	K	L		M	N	O	P				Q	R	S	T	U	V	X	
C O N H E C I M E N T O S	1	0	0	0	0	1	1	2	35,7	1	0	0	1	1	30	1	0	0	20	2	1	1	66,6	0	0	1	2	42,8	33,3	NÃO FAVORECE
	2	2	2	1	1	2	1	2	92,8	1	2	2	1	1	70	1	1	1	60	2	2	1	83,3	2	2	1	1	85,7	76,1	FAVORECE
	1	0	0	0	0	0	1	0	14,2	1	1	0	0	0	20	0	0	1	20	0	0	0	0	0	1	0	0	14,2	14,2	NAO FAVORECE
	1	0	0	0	1	1	1	1	35,7	0	1	0	1	1	30	1	2	1	80	1	0	1	33,3	1	0	1	0	28,5	38	NÃO FAVORECE
	1	1	1	1	1	1	0	1	50	2	1	1	2	1	70	1	0	1	40	1	2	1	66,6	1	0	1	1	42,8	54,7	INDIFERENTE
	2	2	2	1	1	2	1	1	85,7	1	1	2	2	2	80	2	1	1	80	1	0	1	33,3	0	0	1	1	28,5	66,6	INDIFERENTE
	1	0	0	0	1	0	0	1	21,4	1	1	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	14,2	14,2	NÃO FAVORECE
	2	2	2	1	2	2	1	2	100	2	2	2	2	2	100	2	2	1	100	1	2	2	83,3	2	2	1	1	85,7	95,2	FAVORECE
	1	0	0	0	1	1	1	1	35,7	2	0	1	1	1	50	2	1	1	100	2	2	1	83,3	1	1	1	0	42,8	52,3	INDIFERENTE

Tabela 5 - Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – middle line (coordenadores da AB e do PCE). Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusão)

CRITÉRIO	I GERES				%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES				%	V GERES	%	% PE	JULGAMENTO							
	A	B	C	D		E	F	G	H	I		J	K	L		M	N	O	P						Q	R	S	T	U	V	X
H A B I L I D A D E S	Conhecimento sobre o sistema de informações	0	1	1	1	0	0	1	1	35,7	1	0	0	1	1	30	1	0	0	20	1	1	0	33,3	1	0	1	1	42,8	33,3	NÃO FAVORECE
	Adaptação às transformações	2	2	1	1	1	1	1	1	71,4	1	0	1	1	0	30	1	0	0	20	1	1	0	33,3	1	0	1	0	28,5	42,8	INDIFERENTE
	Capacidade de articulação	1	0	0	0	0	0	0	0	7,14	1	0	0	1	1	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14,2	11,9	NÃO FAVORECE
	Visão integral do controle da esquistossomose	1	1	0	0	0	0	0	0	14,2	0	0	0	0	1	10	0	0	1	20	0	1	0	16,6	0	1	1	0	28,5	16,6	NÃO FAVORECE
	Aprendizado contínuo	1	1	1	1	1	1	1	1	57,1	1	1	1	0	0	30	0	1	0	20	1	0	0	16,6	0	0	1	0	14,2	33,3	NÃO FAVORECE
A T I T U D E S	Realização de atividades mínimas	0	0	0	0	0	0	0	1	7,1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,5	NÃO FAVORECE
	Inovação/empreendedorismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	14,2	2,3	NÃO FAVORECE
	Comprometimento pessoal	2	2	2	1	1	2	1	2	92,8	2	2	2	2	1	90	2	2	1	100	2	2	2	100	2	2	1	2	100	95,2	FAVORECE
	Atitude gestora	0	0	0	1	0	0	0	1	14,2	0	0	1	0	0	10	0	0	0	0	0	1	0	16,6	0	0	0	0	0	9,5	NÃO FAVORECE
	Liderança	0	0	1	1	0	0	0	1	21,4	1	0	1	0	0	20	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	1	0	14,2	16,6	NÃO FAVORECE

Fonte: autora do trabalho.

Quanto ao conhecimento de aspectos relacionados às ações de vigilância, preocupa o fato de apenas 54,7% deles conhecerem quais são as áreas endêmicas do município, sendo que a maioria dos que não sabiam eram coordenadores de AB e apenas 66,6% citarem os fatores determinantes existentes nestas áreas. Apenas 52,3% conheciam os hospitais de referência.

Com relação aos critérios para notificação de casos em áreas endêmicas no SINAN, apenas 14,2% dos coordenadores souberam dizer que somente se notificam os casos graves, e a maioria dos que acertaram foram coordenadores do PCE. Apenas 33,3% dos coordenadores sabiam que o SISPCE tinha 6 opções de entrada de dados, dentre estes, nenhum da AB.

Chama a atenção a inabilidade dos atores: o melhor dos resultados, o reconhecimento de que o controle da doença só é conseguido quando feito em conjunto (42,8%), ainda ficou muito abaixo do esperado. Apenas 33,3% dos profissionais eram capacitados em gestão do PCE e, dentre eles, nenhum era da atenção básica. Estes resultados, atrelados à baixa capacidade de articulação (11,9%) e à quase ausência de visão integral do controle (16,6%) prejudicam, ainda mais, o controle da esquistossomose em PE.

Finalmente, estes profissionais, embora reconheçam que seu envolvimento seja crucial para o controle da esquistossomose (95,2%), não realizam as atividades mínimas (9,5%), sendo que o planejamento e a avaliação foram as menos realizadas, não fazem nada além do que está proposto (2,3), não se envolvem em atividades formais de gestão (9,5%) nem consideram ter poder de liderança sobre os demais (16,6%).

5.3.1.3 Strategic apex: secretários de saúde

A tabela 6 mostra os resultados sobre a influencia dos atores do strategic apex no GI do PCE. Estes atores apresentaram conhecimentos básicos requeridos dentro da sua área de atuação para deflagrar a cadeia de eventos demandada para o controle da esquistossomose (73,6% conheciam as áreas endêmicas e os fatores determinantes). Além disso, atuaram de maneira pro ativa no estímulo à capacitação de profissionais e compra de materiais (63,1). Em contrapartida, apenas 5,2 % deles referiram já ter procurado outras secretarias para solucionar o problema da doença e fizeram obras inovadoras.

5.3.2 Contexto estrutural organizacional

A tabela 7 reúne a influência dos fatores estruturais organizacionais na implantação do PCE.

Sendo o mecanismo de coordenação deste tipo de organização a padronização de processos, o baixo nível de municípios com mais de 90% de profissionais capacitados (0%), atrelado à pouca disponibilização de instrumentos normativos (34,7%) e ao baixo conhecimento a respeito das normas mínimas (56,5%) mostram incompatibilidade entre o esperado e o observado, o que não favoreceu à implantação do PCE.

Quanto à formalização, necessária ao estabelecimento e cumprimento de metas organizacionais, observou-se que em apenas 4,3% dos municípios havia uma coordenação do PCE formalizada em organograma, além do que em somente 17,3% dos municípios o PMS é elaborado de maneira coletiva; esta falta de formalização também foi observada quando em apenas 56,5% dos municípios a meta de número de exames foi cumprida e em somente 47,8% deles, houve cobertura adequada de tratamento, o que também não auxilia no desenvolvimento das ações.

O nível de capacitação de alguns grupos de profissionais esteve numericamente dentro do esperado: 60,8% dos PNS, 78,2% dos ACS, 100% dos ASA, 78,2% dos coordenadores do PCE e 100% dos laboratoristas e auxiliares; em contrapartida, somente 20% dos coordenadores da AB, 17,3% dos digitadores e 0% dos profissionais de malacologia e educação em saúde atingiram este patamar. Embora mais positivos do que negativos, estes fatores, isolados ou em conjunto, não foram suficientes para elevar os níveis de implantação do PCE.

Tabela 6 - Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto político – *strategic apex* (*secretários de saúde*). Pernambuco, 2010 – 2012.

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES				%	% PE	JULGAMENTO					
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S	T				U	V	X		
CONHECIMENTOS	Conhecimento sobre áreas endêmicas	*	1	*	*	1	0	1	1	80	1	0	1	1	1	80	1	0	*	50	1	1	0	66,6	1	0	1	1	75	73,6	FAVORECE
	Conhecimento sobre fatores determinantes	*	1	*	*	0	1	1	1	80	1	0	1	1	1	80	1	1	*	100	1	1	0	66,6	1	0	1	0	50	73,6	FAVORECE
	Conhecimento sobre o PCE	*	0	*	*	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0	0	1	0	33,3	0	0	1	1	50	20	NÃO FAVORECE
HABILIDADES	Adaptação às transformações	*	0	*	*	0	0	1	0	20	0	0	0	0	0	0	0	1	*	50	1	1	0	66,6	0	1	0	0	25	26,3	NÃO FAVORECE
	Capacidade de articulação	*	0	*	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0	0	1	0	33,3	0	0	0	0	0	5,2	NÃO FAVORECE
	Inovação/empreendedorismo	*	0	*	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0	0	1	0	33,3	0	0	0	0	0	5,2	NÃO FAVORECE
	Comprometimento pessoal	*	1	*	*	1	1	0	0	60	1	1	0	1	1	80	1	1	*	100	0	1	0	33,3	0	1	1	0	50	63,1	FAVORECE
ATITUDE	Atitude gestora	*	0	*	*	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	20	0	0	*	0	0	1	0	33,3	0	0	0	0	0	10,5	NÃO FAVORECE

Fonte: autora do trabalho.

Nota: * optou por não participar

Com relação à organização do poder, à cultura gestora, ao clima organizacional e à existência de apoio, os números mostraram-se bem inferiores ao esperado: em apenas 30,4% dos municípios o sistema decisório é considerado descentralizado pelos profissionais e em 26%, o trabalho de campo dá-se em conjunto; em pouquíssimos municípios, 26 e 13%, respectivamente, há estímulo ao planejamento e avaliação de resultados, além do que em apenas 34,7% deles, o clima organizacional é considerado pelo menos bom; quanto ao apoio, este é falho tanto interna (43,4%) quanto externamente (34,7%). Estes aspectos atuaram negativamente na implantação do PCE, principalmente no que concerne à realização de ações de maneira integral considerando desde o planejamento até a avaliação.

Fatores que, isoladamente, poderiam atuar favorecendo a implantação, como existência de insumos e realização de ações no nível local (95,6%) e EqSF implantadas a tempo suficiente para que os profissionais se familiarizassem com os aspectos epidemiológicos da esquistossomose (78,2%) não foram suficientes para elevar o GI do PCE, pois favoreceram, apenas, a execução das atividades tradicionalmente realizadas.

5.4 Relações entre os contextos político e estrutural e o GI do PCE

A figura 1 abaixo, que foi construída a partir dos resultados deste trabalho, mostra as relações observadas entre os indicadores adotados para avaliação dos contextos político e estrutural e o GI do PCE em Pernambuco.

Seguindo o modelo teórico, ou seja, iniciando a análise pela verificação da influência dos atores mais altos no nível hierárquico, que são os que compõem o *strategic apex*, uma clara relação entre a falta de estímulo à gestão e a falta de articulação e os *outputs* do GI que correspondem ao seu nível de atuação: se este ator não conhece o PCE e, por isso, não estimula a gestão, são deixadas de lado as capacitações em equipe e faltam alguns profissionais, principalmente os ligados à vigilância; vê-se que há suficiência de profissionais de atenção básica e laboratório, que não são exclusivos do PCE; já aqueles que o são, não existem em número suficiente ou não são capacitados. Decorre deste comportamento, também, que são deixadas de lado pelos trabalhadores as ações de planejamento, monitoramento e avaliação e ações básicas de vigilância da esquistossomose.

Tabela 7. Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto estrutural organizacional. Pernambuco, 2010 – 2012.

(continua)

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES			V GERES				%	% PE	JULGAMENTO		
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S	T	U	V	X					
Capacitação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NÃO FAVORECE
Instrumentos normativos disponíveis	0	0	0	0	1	1	0	1	37,5	1	0	0	1	0	40	0	0	0	0	0	1	0	33,3	0	0	1	1	50	34,7	NÃO FAVORECE	
Conhecimento a respeito das normas	1	1	0	1	1	1	0	0	62,5	1	1	0	1	0	60	0	1	0	33,3	1	0	1	66,6	1	0	0	1	50	56,5	INDIFERENTE	
FORMALIZAÇÃO	Plano municipal	0	0	0	0	0	0	0	25	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	25	17,3	NÃO FAVORECE	
	Organograma	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	25	4,3	NÃO FAVORECE	
	Cumprimento da meta de número de exames	1	1	1	1	0	0	1	0	62,5	1	0	0	1	1	60	0	1	1	66,6	0	1	1	66,6	0	0	0	1	25	56,5	INDIFERENTE
	Cumprimento da cobertura de tratamento	0	0	1	0	0	0	0	1	62,5	1	0	0	0	0	20	1	0	0	33,33	0	1	0	33,33	1	1	1	0	75	47,8	NÃO FAVORECE
ESPECIALIZAÇÃO	PNS	0	0	1	0	0	0	0	1	62,5	1	1	1	1	1	100	1	0	0	33,33	0	0	0	0	1	1	1	0	75	60,8	FAVORECE
	ACS	1	1	0	0	0	0	1	0	75	1	1	0	1	1	80	1	1	1	100	0	1	1	66,66	1	1	0	1	75	78,2	FAVORECE
	Coordenadores de atenção básica	0	0	0	*	1	0	*	1	33,3	1	0	0	0	0	20	0	1	*	50	0	0	0	0	0	0	*	0	0	20	NÃO FAVORECE
	Agentes de Saúde Ambiental	2	1	1	2	1	1	1	2	100	1	1	2	1	1	100	2	1	1	100	2	1	1	100	1	1	2	2	100	100	FAVORECE
	Coordenadores PCE	1	1	1	0	1	0	1	1	75	1	1	1	0	1	80	1	0	1	66,66	1	1	1	100	1	1	1	1	100	78,2	FAVORECE

Tabela 7. Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto estrutural organizacional. Pernambuco, 2010 – 2012.

(continuação)

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	III GERES			%	IV GERES			%	V GERES				%	% PE	JULGAMENTO	
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S		T	U	V	X				
ESPECIALIZAÇÃO	Laboratoristas	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	FAVORECE
	Auxiliares de laboratório	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	100	FAVORECE
	Equipe de educação em saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NÃO FAVORECE
	Digitadores do SISPCE	1	0	0	1	0	0	0	1	37,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	33,3	0	0	0		0	17,3	NÃO FAVORECE
	Profissionais para ações de malacologia	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NÃO FAVORECE
ORGANIZAÇÃO	Decisão política	1	0	1	0	1	1	0	0	50	0	0	1	0	0	20	1	0	0	33,33	0	0	0	0	0	0	1	0	25	30,4	NÃO FAVORECE
	Trabalho de campo	0	0	1	0	0	0	0	1	25	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	1	1	66,66	0	0	1	0	25	26	NÃO FAVORECE
CULTURA GESTORA	Participação no planejamento	0	0	1	0	0	0	0	0	25	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	1	1	66,66	0	0	1	0	25	26	NÃO FAVORECE
	Avaliação de resultados	1	1	1	0	1	1	1	1	12,5	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	25	13	NÃO FAVORECE
CLIMA	Clima organizacional	0	0	1	0	0	0	0	1	37,5	0	0	0	1	0	20	1	0	0	33,33	0	0	1	33,33	1	0	0	1	50	34,7	NÃO FAVORECE

Tabela 7. Distribuição da pontuação recebida por critério do Modelo Teórico do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento da influência do contexto estrutural organizacional. Pernambuco, 2010 – 2012.

(Conclusão)

CRITÉRIO	I GERES								%	II GERES					%	IV GERES			%	V GERES				%	% PE	JULGAMENTO	
	A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M		N	O	P		Q	R	S	T				U
TAMANHO	Insumos suficientes	1	0	0	0	0	0	0	0		1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	95,6	FAVORECE
	Recursos suficientes	1	1	1	0	1	1	1	1	12,5	1	0	0	0	1	40	1	1	0	66,66	0	1	1	0	50	39,1	INDIFERENTE
	Realização de ações no nível local	1	1	1	0	0	0	1	1	87,5	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	1	100	95,6	FAVORECE
IDADE	Tempo de implantação da ESF	1	1	0	0	0	0	1	0	75	0	1	1	1	1	80	1	1	1	100	0	1	1	0	75	78,2	FAVORECE
APOIO	Apoio interno	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	0	1	75	91,3	FAVORECE
	Apoio externo	0	0	1	0	1	1	0	1	50	1	0	0	0	1	40	1	0	0	33,3	0	0	0	0	25	34,7	NÃO FAVORECE

Fonte: autora do trabalho.

Observando o nível hierárquico mais abaixo, o dos atores do *middle line* e do *operating core*, verifica-se que a articulação entre a falta de conhecimentos sobre a doença e seus aspectos epidemiológicos, a incapacidade para ajustar os conhecimentos à solução dos problemas e a falta de atitude em realizar as ações necessárias influenciaram diretamente o processo: deixaram de ser realizadas ações de vigilância básicas e aquelas que exigiam integração entre setores. Houve influência, também, em um RM que é *output* compatível com seu nível de atuação: ausência de sala de situação.

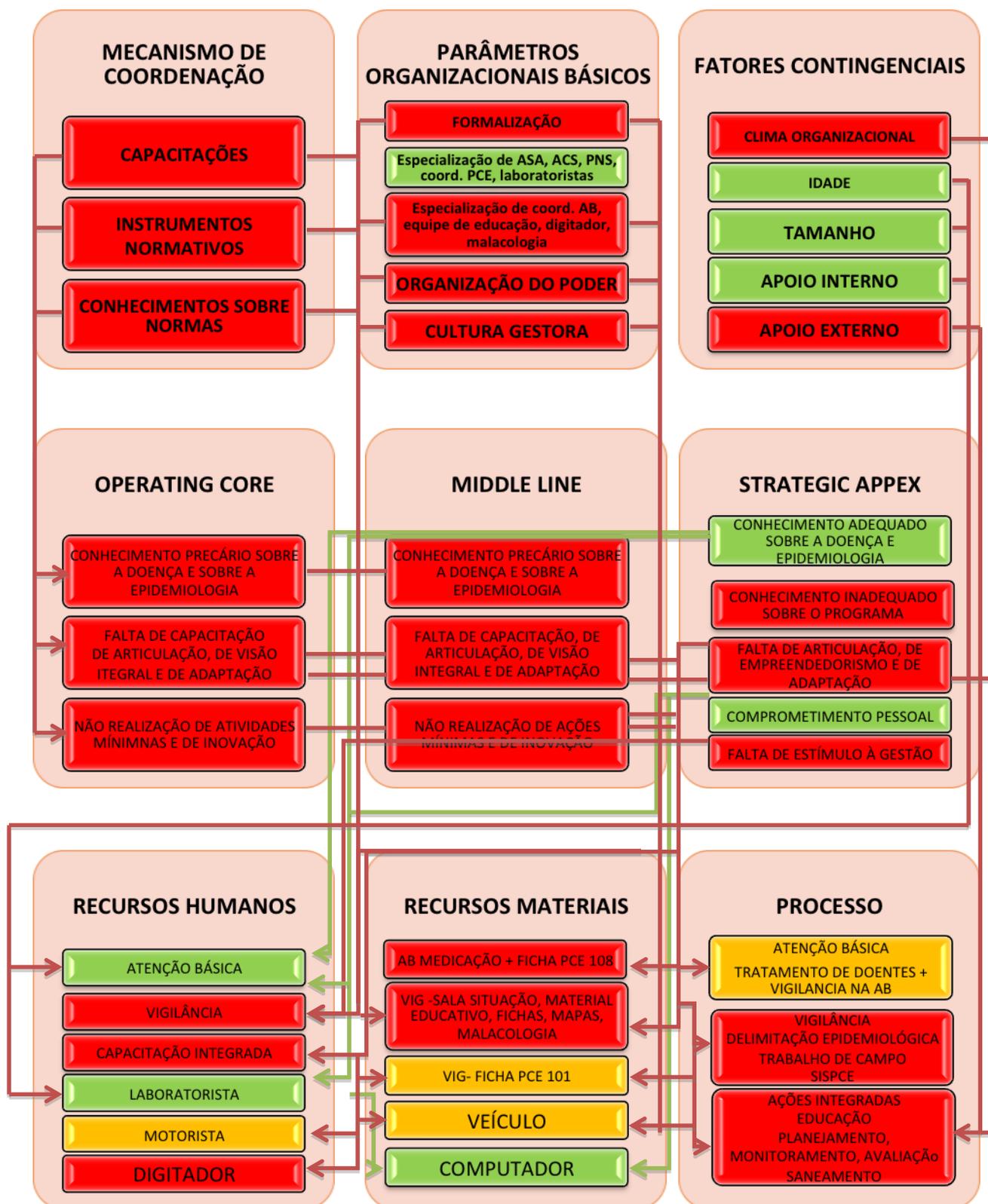
Toda essa rede de relações com efeitos negativos tiveram sua origem a partir de falhas no mecanismo de coordenação: a falta de clareza nos objetivos organizacionais, evidenciada pelas capacitações em níveis inaceitáveis, ausência de instrumentos normativos e o conhecimento incipiente sobre as normas culminou na baixa competência dos atores que, por sua vez, gerou os efeitos já citados.

Os parâmetros organizacionais básicos, como era esperado, andaram *pari passu* ao mecanismo de coordenação. Objetivos organizacionais não claros estiveram relacionados à inequidade nas capacitações profissionais, que favoreceram o núcleo que trabalha tradicionalmente com esquistossomose e os da atenção básica, o não interesse na formalização da gestão do PCE, a centralização desnecessária de algumas decisões e ações e à falsa percepção de que uma cultura gestora se faz necessária para o controle da doença. A associação destes fatores, por sua vez, culminou na baixa competência dos atores com consequências já citadas.

A influência positiva que a idade, o tamanho e o apoio interno tiveram foi, basicamente, na completude da EqSF e na existência de laboratório para cumprimento das metas de exames coprocópicos, mas não foram suficientes para aumentar o GI. Outra possível influência da idade seria o favorecimento do conhecimento sobre aspectos epidemiológicos nas áreas cobertas pelo PSF, mas isso não foi observado, e o tamanho da organização, que reflete sua suficiência e foi medido em termos da existência de insumos e recursos e da realização de ações em nível local sem ajuda externa, poderia ter favorecido a existência de digitadores capacitados, motoristas e maiores níveis de capacitação profissional, mas essa relação também não existiu.

O clima organizacional funcionou como um fator final que refletiu negativamente nas relações interpessoais desencorajando o desenvolvimento das habilidades de se articular e de ter visão integral da doença e de seu controle, o que culminou na dificuldade de integração entre vigilância, assistência e outras secretarias.

Figura 8 - Relações entre o contexto estrutural organizacional, contexto político e GI do PCE em Pernambuco.



Fonte: autora do trabalho.

6 DISCUSSÃO



6 DISCUSSÃO

A seleção aleatória dos 23 municípios do estudo e o uso da *theory driven evaluation* permitiu visualizar claramente as diferentes situações de implantação do PCE nas ESF em Pernambuco. Métodos de composição aleatória de amostras contribuem efetivamente para a validade externa de um estudo, permitindo dizer que as conclusões dele extraídas são verdadeiras também para outros contextos. No entanto, para estudos do tipo análise de implantação, a garantia da validade externa não se encerra na obediência a este princípio pois, segundo Hartz (1997), ele sozinho não responde o como e o porquê de os programas atuarem nas populações para as quais foram desenhados. Nestes casos, recorre-se à *theory driven evaluation*, que tem como objetivo tratar os programas tanto em sua multiplicidade quanto unicidade, considerando o conjunto das circunstâncias (contexto) onde as relações hierárquicas lógicas existentes entre estrutura, processo e resultado acontecem (HARTZ; 1997; DENIS, CHAMPAGNE, 1997). Verifica-se neste estudo, portanto, a presença do primeiro fator conferindo validade estatística e do segundo, validade analítica, o que implica dizer que as conclusões sobre os aspectos que influenciam a variabilidade do GI observadas são válidas tanto para Pernambuco quanto para outros estados onde a esquistossomose é endêmica.

Deste modo, os resultados da pesquisa corroboram com as conclusões de Hartz (1997), Chen (1990), Shadish Junior (1987) e Denis e Champagne (1997) quando evidenciam a importância de considerar os fatores contextuais na explicação das flutuações do GI nos diferentes municípios. Estes autores destacam que avaliações focadas puramente nos resultados finais do programa (*black-box experimente*), apenas ponderam o hiato existente entre resultados esperados – resultados reais levando em conta a existência de uma relação dicotômica rudimentar entre o programa em questão e os resultados, não permitindo tirar conclusões reais sobre a situação do mesmo. Ou seja, sabe-se se tal resultado foi ou não atingido, mas não se sabe se isso se deu por conta da própria intervenção ou se outros fatores também foram responsáveis. Ao admitir estes fatores no processo avaliativo, pôde-se inferir, que fatores observados no estudo referentes a déficits no conhecimento, habilidades e atitudes dos agentes implementadores associadas a características organizacionais influenciaram negativamente a implantação do PCE nas ESF.

Outro aspecto que contribuiu para a validade deste estudo foi a pertinência do uso do modelo político-contingente para explicar o porquê de o programa, mesmo tendo um texto político único para o território nacional, suscitar diferentes resultados de acordo com os

diferentes ambientes onde é posto em prática. Segundo Denis e Champagne (1997), essa máxima é verdade no momento em que quanto maior for o grau de conformidade entre o conjunto de pressupostos do modelo e a realidade empírica observada, maiores são as possibilidades de se fazer um julgamento sobre seu valor explicativo. A partir do exposto no referencial teórico, pôde-se ver claramente essa ligação.

Isso considerando, esta discussão seguiu a premissa colocada pelo modelo analítico proposto por Champagne *et al.* (2011), que reza que o processo de implantação deve ser abordado segundo uma perspectiva política que sofre pressões de caráter estrutural organizacional. Assim, abordou-se, inicialmente, a implantação das ações sob a ótica da estrutura e processos necessários para, em seguida, verificar os fatores existentes nos atores implementadores enquanto sujeitos ativos da implantação que dialogam com os aspectos organizacionais na formação do cenário para desenvolvimento do PCE. Ressalte-se que a organização a qual esta pesquisa se refere é tida como sendo do tipo *profissional que produz serviços públicos de saúde* (DUSSAULT, 1992; LIMA; DASCENDI, 2013).

Assim, partindo-se do princípio de que o modelo de cuidado integral com responsabilização dos profissionais enquanto equipe proposto pelo SUS é o indicado para se conseguir o controle da esquistossomose (FERRAZ, 1994; MENDES, 1993; 1998; 1999; NOVAES, 1990; PAIM, 1999; 2002; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000) , pode-se refletir, quanto ao observado na estrutura de RH, que o fato de apenas existirem profissionais não é o bastante para se conseguir tal condição, já que a capacitação dos profissionais é um atributo importante da qualidade do serviço prestado, ligada à integralidade. A existência formal do profissional ocupando um posto tal não garante que o mesmo realize as ações conforme os padrões estabelecidos, nem tampouco que tenha ciência da importância do seu trabalho dentro do programa, o que justifica a importância de que as capacitações ocorram seguindo a lógica do trabalho em equipe.

Ainda, mesmo que a capacitação de alguns grupos profissionais tenha ocorrido, o relativo melhor grau de capacitação daqueles pertencentes ao núcleo central da vigilância (ASA e coordenadores) observado no estudo reflete um fato que corrobora com a tendência de realização de atividades de maneira incompleta e desconexa, como mostrado por vários autores (ARAÚJO; ROCHA, 2007; DEVER, 1998; FERRAZ, 1994; MENDES, 1993; MENDES, 1996; NOVAES, 1990; PAIM, 1999, 2002; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; TEIXEIRA, 2010; TEIXEIRA; SOLLA, 2006): a influência do modelo verticalizado, centralizador e medicalizado na execução das ações centrado nas equipes de vigilância sem comunicação com as EqSF. Quando se observa a capacitação da equipe e em equipe, ou seja,

dos profissionais da AB e da VS em conjunto, abordando desde temas ligados à gestão do PCE e abrangendo questões globais como epidemiologia da doença, fatores determinantes e sistema de vigilância, esta tendência parece ser ainda mais clara, já que em nenhum município isso aconteceu. Resultado disso é que cada um dos profissionais vai continuar realizando suas atividades sem conhecer seu papel global dentro do programa de controle nem tampouco vai ter noção da influência de suas ações nas dos demais atores, o que certamente contribui para a ineficácia no controle da doença. Esta tendência aparece também quando se observam os demais profissionais fora do escol EqSF (médico, enfermeiro, ACS) – VS (coordenador do PCE e ASA), tanto no que concerne à sua existência quanto ao grau de capacitação.

O coordenador da atenção básica é figura fundamental no controle da esquistossomose devido à sua função gestora e, por isso, dotada de certo grau de influência sobre os demais profissionais da atenção básica, principalmente dos que compõem as EqSF nos municípios estudados. A função deste profissional garante, ao menos em parte, a execução de um projeto que se apresente para atingir determinado objetivo, como é o caso do PCE. Em busca do alvo, sua função é de zelar pelo bom andamento dos trabalhos mediante acompanhamento da sua execução, o estabelecimento de parcerias, o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação dos processos. Além disso, o interesse da coordenadoria em cumprir seus objetivos se reveste do temor pela perda do seu emprego já que, por ser comissionado, sua nomeação é tão livre e possível quanto a sua exoneração, isto é, nada precisa ser alegado para justificar seus desligamentos (LENZI, 2014). Assim, uma vez que o coordenador tenha ciência do seu papel, é mais fácil esperar pro atividade do mesmo e de seus co-workers.

A ação do profissional de malacologia transcende o simples conhecimento isolado sobre as espécies de hospedeiro na medida em que abrange a interpretação do papel que cumprem dentro do ciclo de transmissão da doença e, assim, podem propor medidas de controle dos moluscos (BRASIL, 2010d, 2013). Assim, esse profissional, devidamente capacitado, tem importância inquestionável no momento em que é capaz de interpretar as características do hospedeiro de acordo com os fatores determinantes da esquistossomose em seu município de atuação, com o quadro epidemiológico e propor medidas de intervenção de acordo com as possibilidades que o ambiente demonstra promovendo, assim, um tratamento holístico à abordagem da esquistossomose (BRASIL, 2010d).

Profissionais de equipes de educação em saúde e participação comunitária, extremamente importantes no contexto de um modelo de atenção integral, contrariou toda a racionalidade e exigências legais (BRASIL, 2010d), apresentando-se precariamente capacitados.

Viu-se, portanto, que esta ainda é uma prática não exercitada ou estimulada a ponto de se sustentar, o que traz consequências diversas e amplamente conhecidas para o controle de doenças como a esquistossomose. Sabendo-se que a prática educativa em saúde ultrapassa a relação simplista de ensino-aprendizagem no momento em que é carregada de características e funções políticas e sociais capazes de mudar estruturalmente algumas realidades através de um processo dialético, a sua não realização em áreas endêmicas para esquistossomose acarretará no estabelecimento de uma cultura apática por parte da população, que permanecerá ignorante de seu papel de sujeito do processo de controle da esquistossomose (DEMO, 1986; FREIRE, 1976; JARA, 1995).

Ainda dentro do núcleo de apoio, o motorista também é de suma importância já que é o responsável por transportar os profissionais para realização da entrega e coleta de potes, para ações de educação em saúde, malacologia, e o que mais for necessário. Apesar de não ser profissional da saúde, a sua ausência pode impedir a realização dos trabalhos, principalmente se a área de escolha for em zonas rurais.

Por fim, mas de igual importância, tem-se o digitador como peça fundamental para compor o quebra-cabeças de controle da esquistossomose. Este profissional é o responsável pela compilação dos dados provenientes das ações de campo e pela sua inserção no SISPCE. A importância do sistema de informação reside em assegurar agilidade e pertinência da informação, ação primordial para a gestão de quaisquer programas de saúde, de modo que sua falta de capacitação tem consequências óbvias. Neste trabalho, a grande maioria dos digitadores somente sabiam lidar com ou conheciam a ficha PCE-101, que reúne os dados das ações de campo de entrega e coleta de potes, ou seja, das ações tradicionalmente realizadas, deixando de lado a captação de dados sobre existência e tipo de coleções hídricas, ações de educação em saúde e saneamento. Deste modo, mesmo que estas ações sejam realizadas nos municípios, os dados por elas gerados não estarão ao alcance dos profissionais, dificultando ações como planejamento e avaliação de resultados.

Assim, de acordo com a teoria adotada neste estudo, se uma equipe de trabalho ideal para o controle da esquistossomose deve ser composta por pessoal da atenção básica (coordenador, PNS, ACS) e da vigilância (coordenador e ASA), com apoio do digitador, motorista, laboratoristas e educadores em saúde, pode-se esperar ineficácia no controle da doença no que diz respeito à integralidade da atenção, já que RH são a “linha de frente” de qualquer programa.

A análise dos RM mostrou a mesma tendência dos RH: primazia relativa do tratamento de doentes em detrimento da vigilância e educação em saúde. Desta forma,

focando na estrutura, fica ainda mais aparente quais são as prioridades das secretarias de saúde no tocante ao controle da esquistossomose, influenciadas pela ótica tradicional que tem nas clássicas ações de controle de vetores sua praticamente única e confiável forma de atuação (BORGES DIAS, 1986; DIAS, 2000), prioridades estas também demonstradas em outros estudos (ARAUJO; ROCHA, 2007; MATTOS, 2005). É pela ciência destes fatos que se pode concluir que a situação de controle da esquistossomose em Pernambuco no tocante ao modo como os profissionais são capacitados e aos materiais disponíveis vai de encontro às necessidades impostas pelo processo de adoecimento que envolve a esquistossomose, já que se trata de doença multicausal que exige abordagem integral, multiprofissional e interdisciplinar.

A integralidade da atenção como princípio constitucional e como modelo recomendado para o controle de endemias também foi levada em conta para se discutir os aspectos do processo do PCE em Pernambuco. Desde 1995, Conrandiopoulos já colocava que “a separação entre a medicina exclusivamente curativa e as ações essencialmente preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não parece mais ter fundamentação”. Longe de ser esta uma mera opinião, a integralidade no sentido de se ver o sujeito na sua totalidade, considerando-se todas as formas de intervenção de que se pode lançar mão quando o assunto é resolver um problema colocado (MACHADO, 2007), é uma *necessidade* e requer um atendimento igualmente integral, que exceda os limites estruturais da assistência à saúde, prolongando-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva que deve ser assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (ARAUJO; ROCHA, 2007; MATTOS, 2005; NIETSCHE, 2000).

Assim, quando se observam as ações de controle da esquistossomose que estão sendo realizadas em Pernambuco, pode-se concluir, independente dos fatores contextuais que estejam servindo de cenário, que há grande distância entre o que ocorre e o que deveria ocorrer. Há claro favorecimento da realização de ações curativas em detrimento daquelas de vigilância em saúde tanto no núcleo da AB e VS isoladamente, como no quesito trabalho/planejamento em equipe.

O planejamento, no geral e claramente, inexistente na maioria dos municípios e, quando existe, não se dá em equipe, o que é discordante do que está proposto no SUS. Na atenção básica, o coordenador foi um ator pouco participativo quando o assunto é esquistossomose, e as ações realizadas pelos técnicos focaram no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos, mas deixaram de lado a educação em saúde, a investigação de casos graves e a

realização de controle de cura, que são essenciais para a vigilância. Ressalte-se que a educação em saúde, aparentemente realizada pelos ACS, resumiu-se a palestras esporádicas. Na vigilância, os profissionais não realizam o correto diagnóstico epidemiológico necessário à determinação de áreas de atuação: os inquéritos amostrais, extremamente necessários para determinação da prevalência inicial, somente eram conhecidos e realizados por 17,3% das EVS, e os necessários planejamentos reunindo ASA e coordenadores também não ocorrem como desejado. Além disso, a consciência do seu papel na elaboração dos instrumentos formais de gestão também não ficou evidente, a julgar pela quantidade de profissionais que afirmaram participar deste processo. As ações de controle de moluscos hospedeiros e as intersetoriais de saneamento também foram inexistentes.

Assim, ao se considerar que a esquistossomose é doença multicausal, que compreende um complexo ciclo de transmissão que envolve, necessariamente, um ser humano contaminado, um ambiente físico favorável, histórica, política, geocológica e socialmente determinado, e a presença do hospedeiro intermediário para que o ciclo de vida do parasita se complete, pode-se concluir, através da estrutura existente e das ações realizadas, que não há condições estruturais para que o atendimento ao processo saúde-doença da esquistossomose ocorra dentro da perspectiva integral. No caso do controle de doenças que dependem deste modelo de cuidado, nunca é clichê ressaltar a necessidade de entendimento do seu complexo processo de adoecimento e das formas de abordá-lo. É imperioso ressaltar que o modelo medicocêntrico e verticalizado continua presente, permeando tanto as ações de ordem técnica quanto administrativo-gestora de controle da esquistossomose e de outras endemias, como mostram outros autores (BARATA, 2000; DIAS; BORGES DIAS, 1985; GOULART, 1999; MENDES, 1998; SILVEIRA; PIMENTA JUNIOR, 2011).

O cenário de controle da esquistossomose em Pernambuco apresenta-se, desta forma, marcado pela realização de ações curativas com quase inexistência de planejamento, reflexo de um modelo fragmentado, centrado em produção de atos, onde predominam a desarticulação entre as necessidades dos usuários e o cuidado ofertado. Não há pessoal preparado nem materiais para executar ações mínimas de controle dentro da perspectiva integral, que idealmente consideraria o adoecimento como um processo ambiental e socialmente determinado. Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços, que deveriam ofertar ações de promoção, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença da esquistossomose, focam no tratamento dos doentes de maneira quase aleatória (já que não há planejamento correto), sem usar os devidos meios para compreender o ambiente no qual este indivíduo se

insere, o que culmina na total falta de noção sobre onde devem chegar. O controle da esquistossomose sob esta ótica mostra-se, portanto, praticamente inalcançável.

Observadas as características do GI das ações e suas implicações no controle da esquistossomose em Pernambuco, pode-se partir para os fatores que, localizados no contexto, e de acordo com a teoria adotada, teriam relação com o GI do PCE. A apreensão do contexto, cuja importância é ressaltada neste trabalho e corroborada por diversos autores (HARTZ, 1997; LIMA; D'ASCENDI, 2013; SABATIER, 1986; SILVA; MELO, 2000; VAN METER; VAN HORN, 1996), também merece atenção por ser de difícil operacionalização dada a complexidade de se compreender a realidade, de modo que este estudo não teve a pretensão de esgotar todos os aspectos contextuais que podem influenciar o GI do PCE nas ESF. Pode-se citar, portanto, como limitação deste estudo o uso de um modelo que, de certa forma, superestima a importância das normas, mas que por outro lado não apostou na imparcialidade dos atores diante das mesmas e procurou apreender o programa em sua completude através do entendimento de como as relações hierárquicas entre seus componentes são influenciados por fatores mais proximais, localizados nos atores e na organização da qual fazem parte.

Observe-se, então, a força desta relação obedecendo ao pressuposto colocado pelo modelo político (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE *et al.*, 2011), que reza que a aproximação com o processo de implantação se dê primeiro a partir da perspectiva política em sua dimensão individual (posicionamentos particulares dos atores influentes na organização).

Os atores implementadores de políticas, ou atores com papel de *policy making*, são peças-chave, não somente pelo seu papel de “elo” entre o desenho teórico (texto) da política e a população alvo, mas principalmente porque são dotados de capacidades e poder decisório que podem mudar os rumos da política (BRANDÃO, 2011; VIANA; BAPTISTA, 2008). Assim, qualquer que seja o texto político, para ser implementado, vai necessariamente depender do desenvolvimento (ou da pré-existência) das competências necessárias daqueles que a vão executar. Na verdade, a ideia de que os atores são meros técnicos, sem poder de decisão, vem de uma concepção *top down* de implementação de políticas cujas questões centrais são o estabelecimento de regras claras, compreensíveis e específicas com o objetivo de permitir a difusão do plano original e minimizar a discricão dos agentes implementadores (LIMA; DASCENDI, 2013). No entanto, a falta de clareza nas regras não pareceu ser um problema quando se trata do controle da esquistossomose, o que reforça a hipótese de que a explicação para a sua não implementação não está na formulação do texto político.

Deste modo, considerando o referencial teórico adotado, aceita-se que o PCE somente pode ser implementado nas instâncias municipais se os atores implementadores

desenvolverem ou possuírem a competência essencial, ou *core competence*, de acordo com Hamel e Prahalad (1990, p.57), que nada mais é do que saber mobilizar os recursos existentes (cognitivos e materiais) em prol das necessidades dos indivíduos. Assim, há necessidade de compreensão da política para que haja a resposta adequada (VIANA; BAPTISTA, 2013). Pormenorizando-se estes conceitos, têm-se que os atores precisam desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes, que culminam no conceito de competência, para implantar adequadamente as ações.

De acordo com o decreto Nº 5.707 (BRASIL, 2014b), que institui diretrizes para o desenvolvimento de pessoal da Administração Pública Federal, a competência pode ser definida como um “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao desempenho das funções dos servidores visando ao alcance dos objetivos da instituição”. Dentro desta definição, está presente a ideia de que a competência se evidencia quando o indivíduo mobiliza e aplica o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes para gerar um desempenho adequado aos objetivos institucionais (BRANDÃO, 2011). Assim, competência compreende não somente o *saber*, mas o *saber fazer*. Em outras palavras, foca-se nos *inputs* (o que o indivíduo tem) e nos *outputs* (o que o indivíduo faz) (ZARIFFIAN, 1996).

Adaptando estas premissas à realidade do controle da esquistossomose em Pernambuco, conclui-se de maneira geral, que se o indivíduo não conhece as características clínico-epidemiológicas da doença (que, ressalte-se, é endêmica na sua área) nem as ações de controle propostas (*conhecimentos*), não compreende a esquistossomose em sua completude, não se relaciona bem com os demais profissionais (*habilidades*) nem reconhece que esta é uma atividade que deve fazer parte de seu cotidiano (*atitudes*), é difícil esperar que este mesmo indivíduo ponha em prática aquilo que é necessário. Em suma, falhas detectadas em aspectos da competência destes indivíduos implicaram, de acordo com os resultados deste trabalho, em pior implantação das ações.

Observando-se os atores do *operating core*, que estão em contato direto com a população atingida e são a principal “porta de saída”, por assim dizer, das ações de controle, percebe-se que já lhes falta a primeira e mais importante parte da tríade, que certamente compromete todo o resto. Não conhecer os aspectos mais triviais relacionados à doença, como sinais e sintomas típicos da forma hepatoesplênica, áreas endêmicas e tratamento, e nem aqueles menos comuns como a existência de outras formas clínicas da doença, compromete desde ações básicas como educação em saúde e tratamento de portadores até aquelas que exigem planejamento e nível de compreensão mais amplo e diversificado.

O profissional que não conhece não sabe dar importância ao problema, nem desenvolve habilidade para mobilizar a estrutura existente em prol das necessidades dos pacientes, que é função primordial da competência. Não há conexão entre o conhecimento e a ação necessária, já que o ponto de partida está prejudicado. Este profissional pode chegar a um nível de não perceber que tais ações são de sua competência, o que gera um ciclo altamente danoso para o controle de qualquer doença: se não há conhecimento, não há importância; se não há importância, não há responsabilização nem esforços para mobilizar os recursos e aplica-los às diversas situações; não existe comunicação com quem precisa de informações e nem adequação de seu potencial às necessidades usando de estratégias e capacidade de mobilização; e, por fim, se não se realizam as atividades mínimas, como esperar dos mesmos ideias originais? (DUSSAULT, 1992; FREY, 2001; LIMA; DASCENDI, 2013).

Com relação aos atores do *middle line*, os quais possuem a função de adequar as ações de ordem técnica ao planejamento prévio, os resultados enfatizam também uma preocupante realidade no que concerne ao estabelecimento de suas competências. Estes atores, principalmente os coordenadores da atenção básica, da mesma forma que os do *operating core*, não detém o conhecimento requerido para despertar-lhes a necessidade de aplica-los às necessidades dentro do seu âmbito de atuação. No momento em que não conhecem, não tomam pra si a responsabilidade de lidar com os problemas, nem têm interesse em aprimorar seus conhecimentos nem estabelecer parcerias necessárias à abordagem integral da esquistossomose, o que reflete na ausência de planejamento e de inovação e dificuldade em exercer liderança.

Em outras palavras, se estes profissionais não mostraram conhecer suficiente a clínica e a epidemiologia da esquistossomose, como esperar dos mesmos o poder de influência? Profissionais com funções estratégicas como o coordenador precisam deter conhecimentos básicos para estarem aptos a operacionalizar o controle da doença e para orientar os demais.

Ao se relacionar estes aspectos contextuais ao GI das ações, observa-se que a falta de visão integral, evidenciada pelo conhecimento escasso sobre a doença (suas diversas formas clínicas e transmissão) e pela inabilidade dos mesmos em usar seus conhecimentos em prol da solução do problema da esquistossomose refletiu diretamente nas ações realizadas: privilégio de ações de diagnóstico e tratamento em detrimento das de vigilância (aí inclusos o planejamento e avaliação das ações), resultado de uma visão biologicista que ainda permeia seu *modus operandi*.

Os atores do *strategic apex* apresentaram características semelhantes aos demãos atores, porém com os *outputs* coerentes com seu nível de atuação: apesar do entendimento sobre o problema e, conseqüentemente, sobre sua importância em seu município, a incapacidade em reconhecer que o controle da esquistossomose deva ser feito em conjunto pela AB e vigilância, o não entendimento de que é necessário se unir a outras secretarias e sua não participação na elaboração de instrumentos de gestão são necessários para se conseguir um controle integral da doença mostram a propensão dos mesmos a agir apenas dentro das ações clássicas de gestão em seu nível, favorecendo ao pouco entrosamento entre este ator e os trabalhadores. Tudo isso pode culminar em baixo investimento dos mesmos na estrutura necessária.

Vale ressaltar que, dentre as competências requeridas, aquelas referentes à vigilância foram as que mais apresentaram falha para todos os profissionais. Parte deste comportamento, em detrimento do quão redundante possa parecer afirmar isso, pode ter sua explicação na origem do controle da esquistossomose, pautada pelos modelos médico-assistencialista e assistencial-sanitarista, nos quais permanecem a segregação entre promoção e proteção à saúde de um lado e cura de outro. Assim, considerando de um lado a vertente sanitaria que moldou, durante muitos anos, o *modus operandi* das ações de controle da esquistossomose centrado na vigilância e executado por um grupo de agentes treinados exclusivamente para tal, e de outro as origens mais remotas da ESF, fundamentadas no cuidado à gestante e criança e doenças como hipertensão e diabetes, dentre outras, pode-se entender a aparente dificuldade que os profissionais de saúde da família têm de apreender os conceitos acerca da esquistossomose e seu modo de controle, como também de aceitar que tais atribuições são tão suas quanto dos profissionais da vigilância. Pode-se, inclusive, inferir que a introdução do controle da esquistossomose na atenção básica funciona como uma quebra de “paradigma” para os profissionais de ambos os lados, esbarrando nas ideias que cada um vincula ao controle da esquistossomose. A apreensão destes aspectos em sua completitude, no entanto, apela para o uso de metodologias qualitativas de pesquisas e este não foi o objetivo deste estudo.

De fato, a bandeira da descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças para as ESF foi erguida oficialmente pelos órgãos governamentais desde, mas o que se observou em Pernambuco foi uma tendência a que tais atividades permaneçam sob a “égide” da vigilância e que ocorram de maneira paralela às atividades realizadas nas ESF. Embora poucos estudos recentes (QUININO et al., 2009, VASCONCELOS et. al., 2009) tenham mostrado este tipo de falha no tocante ao controle da esquistossomose, outros

ressaltam ser frequente a dificuldade de a atenção básica absorver as ações de vigilância e controle de outras doenças como tuberculose, dengue, dentre outras (CHIARAVALLOTTI NETO *et al.*, 2002; MONROE, 2008).

Partindo-se para o âmbito do coletivo, é pertinente ressaltar a importância do desenvolvimento de *competências coletivas* para se atingir o controle da esquistossomose. Segundo Brandão (2013), competência coletiva é aquela onde cada indivíduo que faz parte de uma organização compreende e acata a ideia do outro em prol de um objetivo em comum. Embora este conceito seja estranho à linguagem da saúde, uma analogia pode ser feita quando o assunto é abordagem de doenças que exigem cuidado integral, já que existe a necessidade de considerar os diversos conhecimentos específicos de cada um dos profissionais em momentos particulares da doença mas, ao mesmo tempo, exige dos mesmos que se pense em conjunto para a solução dos problemas de ordem epidemiológica, considerando a necessidade de realização de ações compassadas e conectas abrangendo desde o planejamento, passando pela execução até a avaliação das ações. No caso do controle da esquistossomose, há a necessidade de se alinhar os pensamentos e conhecimentos acumulados dos diversos profissionais que compõem o núcleo de controle buscando soluções coletivas dentro e fora do setor saúde.

Além dos fatores localizados nos agentes, a implantação das ações de controle da esquistossomose esbarra nas limitações de ordem organizacional. O modelo político e contingente adotado neste estudo concorda com a afirmação de Lipsky (2010) quando considera que as condições de trabalho determinam em grande parte a atuação do profissional, já que considera que sua abordagem considere a posição política de seus atores dentro do contexto organizacional.

Partindo-se da primeira dimensão de análise dentro do contexto estrutural organizacional, que trata do mecanismo de coordenação praticado preferencialmente (embora não exclusivamente) no controle da esquistossomose e no SUS, a *padronização de processos*, pode-se ver que também há desconexão. A padronização é tida como base da estrutura da qualidade organizacional (CURI FILHO, 1999) e parte do princípio que onde não há definição clara de atividades o processo está fadado ao fracasso. Assim, no momento em que os profissionais não são treinados, que os coordenadores (e, portanto, com funções gestoras, estratégicas) não têm conhecimento sobre as normas e que não há instrumentos normativos à disposição, não há como se saber os caminhos que devem ser seguidos para se chegar ao alvo nem há como detectar a raiz dos erros cometidos (CURI FILHO, 1999; GARVIN, 2002). Este aspecto refletiu diretamente no baixo grau de implantação da dimensão processo, já que os

profissionais, não estando cientes do que deve ser feito, não realizaram as ações da maneira devida.

A segunda dimensão aborda inicialmente, dentro dos parâmetros organizacionais básicos, a formalização de processos. Embora vista com certo grau de negativismo por alguns autores (OLIVEIRA, 2004), no âmbito de organizações públicas, certo grau de formalização, principalmente de cargos, é desejável, já que auxilia no estabelecimento da responsabilização de pessoas proporcionando oportunidades de melhoria do trabalho. Pessoas comprometidas e envolvidas produzem mais e com melhor qualidade (CURI FILHO, 1999; GARVIN, 2002; BRANDÃO, 2008). Saber, formalmente, o que se deve atingir e saber que este objetivo está ligado ao cargo que se assume são funções básicas para se chegar a qualquer alvo, mas atenção importante deve ser dada à elaboração dos instrumentos de gestão propostos pela portaria N° 2.135 (BRASIL, 2014c). Estes instrumentos coligem o projeto de governo municipal, e mostram o grau de sensibilidade do gestor com as necessidades da população, esquadrihando intenções e resultados a serem buscados e os meios (inclusive financeiros) para atingi-los. Assim, sua elaboração, de maneira consciente e multidisciplinar é condição *sine qua non* para se conseguir a atenção exigida pela esquistossomose, condição esta que também não foi satisfatória em Pernambuco e refletiu de maneira contraproducente no processo. Destaque-se a baixa atuação da participação do secretário de saúde.

O segundo parâmetro organizacional básico observado é o *grau de especialização* (BATEMAN, 2006; BRANDÃO, 2008; BRICKLEY, 2007; CHIAVENATTO, 2000; MINTZBERG, 1995). Dentro do controle de doenças endêmicas, uma visão global de sua expressão é requerida de todos os profissionais; no entanto, há que se considerar a necessidade de especialização para aquelas ações que requerem conhecimentos específicos de determinados campos, a exemplo da atuação do médico, do profissional de malacologia e do digitador. Mesmo este índice estando dentro do recomendado para muitas profissões, não refletiu no conhecimento dos atores, apontando para uma má qualidade das capacitações. Por outro lado, um excesso de especialização dentro do ambiente organizacional pode ser danoso, já que poderá favorecer a segregação profissional contrária à integralidade (LIMA; DASCENDI, 2013).

O próximo item avaliado dentro dos parâmetros básicos é a *organização do poder* sob a perspectiva da *decisão política* (centralização/ descentralização) e da forma de realização dos trabalhos (BATEMAN, 2006; BRANDÃO, 2008; BRICKLEY, 2007; CHIAVENATTO, 2000; MINTZBERG, 1995). O discurso descentralizador adotado pelo SUS como diretriz operacional reza que a descentralização é necessária para que se possa dar a quem está mais

“próximo” do cidadão a oportunidade de aplicar melhor seus esforços em busca de atingir objetivos (ABRUCIO, 2005; ARRETCHE, 2000; COSTA, 2001). Dentro da estrutura organizacional, este conceito é semelhante e sua prática, desejável, quando se visam manter os objetivos institucionais e evitar duplicidade de ações mas, no caso do controle da esquistossomose, um excesso de centralização, principalmente na pessoa do secretário de saúde ou em certos grupos de trabalho pode prejudicar a compreensão holística da doença e podar práticas criativas, necessárias às contingências do dia a dia (MINTEZBERG, 1989; 1995). Assim, para uma boa abordagem da doença, os coordenadores precisariam ter autonomia dentro do seu âmbito de atuação para decisões como escolher as áreas que devem ser trabalhadas, direcionar investimentos mínimos, decidir sobre quem precisa de capacitação e em que áreas, e o trabalho precisa ser descentralizado da vigilância, ocorrendo em conjunto com outros setores. Estes aspectos também não favoreceram a implantação das ações em Pernambuco, indicando pouca consciência política dos atores do *strategic apex* e dos profissionais da vigilância e, mais uma vez, visão limitada da doença com privilégio de ações curativas.

Diversos autores (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004; CASTRO; WESTPHAL, 2001; SCHERER et al., 2004; 2005) defendem que uma cultura gestora é extremamente importante para qualquer tipo de organização e requer dos atores que se vá muito além da observância a indicadores tradicionais pré-estabelecidos por instâncias *superiores*, mas que se busque articular no planejamento também, ao menos, indicadores de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas. Pode-se observar que em Pernambuco, este nível de gestão ainda se encontra bem distante de ser alcançado, o que deixa o PCE vulnerável ao movimento inercial das incertezas.

Por fim, há a necessidade de se considerar fatores contingenciais que podem servir de cenário com vultoso poder de influenciar características da organização e, por conseguinte, dos atores implementadores. Uma organização “madura” a ponto de oferecer suficiência em termos estruturais e, por isso, ser bem estabelecida, é fundamental para que as ações sejam realizadas da maneira ideal. Assim, a ausência de alguns dos recursos básicos, associada à falta de estrutura de apoio e à um clima organizacional tenso se sobrepuseram aos aspectos positivos encontrados, completando o cenário desfavorável à execução das ações de controle da esquistossomose em Pernambuco.

A análise destes aspectos reforça a pertinência do uso do modelo político e contingente na análise dos fatores que intervêm na implantação das ações de controle da

esquistossomose em Pernambuco, sobretudo num contexto histórico de estudos avaliativos que enfatizam os resultados do programa e ignoram os fatores intermediários. O modelo utilizado neste estudo, portanto, dissente de autores como Muller e Surel (2002), Silva e Melo (2000) e Walt (1994) quando sopesou ser a implantação um processo político capaz de mudar os rumos do que se encontra normatizado (MAZMANIAN; SABATIER, 1983). Assim, no modelo adotado (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), pensa-se num alinhamento entre a estrutura organizacional e o posicionamento dos atores implementadores diante do texto sem o qual o controle da esquistossomose não pode ser alcançado.

Estes achados ganham robustez nas considerações de Lipsky (1980), quando este, em suas contribuições, relaciona o contexto organizacional (público, profissional) com o papel desempenhado pelos atores implementadores afirmando que seu papel enquanto *policy making* é “construído sob duas facetas inter-relacionadas de suas posições: o alto grau de discrição e a relativa autonomia em relação à autoridade organizacional”. Em outras palavras, a deficiência histórica de uma cultura gestora nas organizações públicas profissionais favorece a: (1) existência de objetivos vagos e ambíguos que, muitas vezes, representam horizontes desejáveis e não alvos fixos; (2) alta discricionariedade dos atores diante da relativa inexistência de supervisão no sentido de cumprir os objetivos (vagos e conflitantes), do caráter não voluntário dos clientes que não têm condições de disciplinar estes burocratas; em outras palavras, o fato de os clientes ficarem insatisfeitos significa, para os atores, apenas que outros estarão na fila para tomar seu lugar.

O que chama atenção no contexto de implantação do PCE em Pernambuco é que estes caracteres aparecem se coligando aos resultados empíricos não favorecendo o desenvolvimento de uma cultura gestora sem a qual o complexo processo de trabalho que envolve o controle integral da esquistossomose proposto pelo SUS jamais será introjetado (MERHY, 1995; RIVEIRA, 2009; TEIXEIRA, 2010; VIEIRA, 2009; VILLABÔAS; PAIM, 2008). Nesse sentido, o que se observou foi um alinhamento de aspectos indesejáveis, tanto localizados nos atores dos diversos níveis quanto na estrutura organizacional.

Todos estes conceitos que cingem a inexistência de uma cultura gestora culminam na dificuldade que os municípios possuem em admitir e operacionalizar a descentralização municipalista proposta pelo SUS (VIEIRA, 2009), e podem explicar a baixa implantação do PCE em Pernambuco. De fato, se o processo de consolidação do SUS e, conseqüentemente, do controle da esquistossomose depende de um papel proativo dos gestores no sentido de identificarem, selecionarem e elaborarem instrumentos que os auxiliem na gestão e estimularem os trabalhadores também nesse sentido, pode-se concluir que níveis aceitáveis de

controle da doença estão longe de ser alcançados. Some-se a isso o fato de que a nova forma de gestão pública do SUS é caracterizada pelo termo *flexibilidade* que, se não reforçar a tomadas de decisões de forma descentralizada que, segundo vários atores, “idealmente” proporciona maior autonomia aos atores envolvidos e amplia os espaços de criatividade na busca das soluções (BRASIL, 2012), vai contribuir para a existência de margens túbias para a atuação destes profissionais.

Embora a discussão do planejamento em saúde no SUS pareça já ter ultrapassado as questões normativas e metodológicas quanto à definição de instrumentos para sua realização, ainda persiste a necessidade de definição de fluxos e mecanismos de interligação entre os diversos atores, tanto do ambiente interno quanto externo a cada esfera de governo (VIEIRA, 2009). Isso é bem verdade na prática de controle da esquistossomose em Pernambuco onde a maioria dos profissionais e gestores não se envolveram na elaboração dos instrumentos formais de gestão e não se reuniam para avaliar e discutir resultados das ações de controle. Sobre este assunto, Vieira (2009) dispõe que quando os olhares se voltam para o ambiente intra-organizacional, verifica-se que, geralmente, o tema é tratado como assunto de um “setor de planejamento”. Segundo esta autora, tal prática não favorece o envolvimento dos profissionais de saúde, que deveriam ser os protagonistas no alcance dos objetivos e metas propostos; como não fazem parte do processo de sua definição, invariavelmente se distanciam do plano estabelecido e dos resultados alcançados. Neste sentido, o planejamento acaba sendo feito apenas para o cumprimento de exigência legal, em vez de instrumento para a implementação da política de saúde ou como base para a alocação de recursos, o que se configura no principal desafio para a implantação das ações de controle da esquistossomose sob a perspectiva integral proposta pelo SUS.

Por fim, respondendo aos questionamentos colocados pelos autores entusiastas do modelo político e contingente (DENIS; CHAMPAGNE, 1997) quanto à influência do contexto político e estrutural no GI do PCE em Pernambuco, pode-se afirmar que 1) as estratégias fundamentais dos atores não favoreceram a implantação do PCE em Pernambuco, já que não apresentaram a capacidade necessária à apreensão, desenvolvimento de habilidades e execução das ações conforme desejado; 2) as características da organização também não favoreceram a intervenção, principalmente pela tendência à não formalização de aspectos essenciais ao bom funcionamento da organização como corpo, ao clima organizacional ruim, atrelado à falta de autonomia de seus operadores e à inexistência de uma cultura gestora que dificulta o *empowerment* necessário à execução das ações e 3) as relações entre os atores não são alteradas pela implantação da intervenção, já que a existência de normas não favoreceu à

integralidade da atenção. Pode-se atribuir estes resultados gerais à grande quantidade de mudança que a forma de cuidar de doenças multicausais carrega, que vai de encontro ao modelo verticalizado e medicocêntrico que ainda domina as práticas de saúde no Brasil.

Emerge destas conclusões a necessidade de se repensar o controle da esquistossomose, levando em conta características históricas basilares e o comportamento dos atores implementadores no sentido de lhes favorecer o estabelecimento de uma cultura política.

7 CONCLUSÕES



7 CONCLUSÕES

A pesquisa realizada, que focou no contexto que envolve as condições política e estrutural de implantação das ações de controle da esquistossomose em Pernambuco apresentou-se adequada para responder aos questionamentos levantados e alcançar os objetivos propostos no momento em que abordou as contribuições de estudiosos das organizações consagrados tanto dentro quanto fora do setor saúde na construção do modelo teórico que compilou as explicações sobre as variações nos níveis de implantação do PCE, alcançando grau explicativo adequado.

Portanto, os resultados obtidos permitem concluir que:

- a) considerando-se o aparato normativo atualmente existente que rege as ações de controle da esquistossomose, este estudo mostrou descompasso entre o que se encontra planejado e o observado na realidade empírica em municípios de Pernambuco; a utilização do modelo lógico, criado a partir das normas existentes, foi especialmente adequado para este fim pois promoveu uma visão teórica geral do que deve ocorrer na prática do cuidado com a esquistossomose em instâncias municipais e permitiu que a comparação fosse feita;
- b) o modelo político e contingente, que considera as abordagens política e estrutural, também foi estratégia adequada para se responder à pergunta “que fatores, localizados no contexto, estão implicados na variação da implantação das ações de controle da esquistossomose”, já que diversos autores ressaltam que as condições de trabalho é que determinam a atuação do profissional, e esta, por sua vez, determina que parte do texto político será, de fato, implementada;
- c) a abordagem política, que considerou que *objetivos e comportamentos particulares* dos atores implementadores devem estar alinhados à intervenção que se procura implantar, partindo do princípio que tais atores necessitam desenvolver a chamada *core competence* para que a implantação ocorra devidamente, foi útil para responder quais os fatores, localizados nos atores implementadores, influenciam a implantação das ações de controle da esquistossomose em municípios de Pernambuco; assim, concluiu-se que se os atores não possuem *conhecimentos* sobre a doença, sua distribuição e formas de controle (conhecimentos - o quê e por quê), *habilidades* de adequar o texto político às necessidades (habilidades - saber como), nem *atitudes* no sentido de não só saber o que e quando fazer, mas querer fazer, dentro do seu âmbito de atuação, não há condições políticas para a implantação do controle da

esquistossomose; em outras palavras, verificou-se a dificuldade de estes atores conciliarem a “racionalidade administrativa” (representada pelas normas de controle da esquistossomose, que, como toda norma, busca padronizar procedimentos) com a imprevisibilidade dos aspectos ligados ao ambiente, o que culminou na distância entre o que está planejado e o que foi executado;

d) ainda dentro dos aspectos políticos, se não houve desenvolvimento de competências individuais, é justo pensar que as coletivas também não serão desenvolvidas em prol dos objetivos propostos no texto político;

e) a abordagem estrutural, que considerou que fatores estruturais organizacionais agiram influenciando a implantação das ações, respondeu à questão “quais fatores, localizados na organização, estão associados à uma variação no GI das ações de controle da esquistossomose em Pernambuco”; a partir desta premissa, concluiu-se que se os parâmetros organizacionais básicos não se alinham aos mecanismos de coordenação praticados para ir de encontro aos fatores situacionais, esta organização, do modo como se mostrou estruturada, não favoreceu à execução das ações;

f) assim, quanto aos parâmetros básicos, não havendo a devida especialização dos atores, nem adequada definição de objetivos com empenho na fiscalização de seu cumprimento, aliados à centralização e burocratização de algumas decisões no *strategic apex* quando elas poderiam ficar a cargo do middle line, não houve apoio estrutural à implantação das ações;

g) ao mesmo tempo em que seu modus operandi não favoreceu à implantação das ações, as ações de controle da esquistossomose esbarraram na falta de recursos e insumos mínimos necessários, de apoio interno e externo, e num clima organizacional ruim, sendo que todos estes fatos se atrelaram na geração de uma baixa implantação das ações;

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun./2005.

_____. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 77-125.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes, 1994.

AMARAL, R. S.; PORTO, M. A. S. Evolução e situação atual do controle da esquistossomose no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 27, p.73-90, 1994.

ARAÚJO, K. C. et al. Clinical-epidemiological profile of children with schistosomal myeloradiculopathy attended at the Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Brazil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 101, p. 149-156, 2006.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. p. 455-464, 2007.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

AZEVEDO, A. C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade, Brasília, v. 1, n. 1, p. 49-54, 1993.

BALL, S.J.; BOWE, R. Subject departments and the “implementation” of National Curriculum policy: an overview of the issues. Journal of Curriculum Studies, London, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.

BARBOSA, C. S. et al. Assessment of schistosomiasis through scholl surveys in the forest zone of Pernambuco, Brazil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 101, p. 55-62, 2006.

BARBOSA, C. S. et al. Casos autóctones de esquistossomose mansônica em crianças do Recife, PE. Revista de Saúde pública, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 684-90, 2013.

BARBOSA, C. S. et al. Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de galinhas, Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 725-28, 2001.

BARBOSA, C. S. et al. The Endemisation of Schistosomiasis in Porto de Galinhas Pernambuco, Brazil: 10 years after the first outbreak. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 106, p. 878-883, 2011.

BARBOSA, C. S.; PIERI, O. S.; BARBOSA, F. S. Ecoepidemiologia da esquistossomose urbana na ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 337-341, 2000.

BARDACH, E. The implementation game: What happens after a bill becomes law. Cambridge, MA: MIT Press, 1977. 323 p.

BARKER, C. The health care policy process. London: Sage, 2000. 342 p.

BATEMAN, T. S. Administração: novo cenário competitivo. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 300 p.

BENNIS, W. G. Beyond bureaucracy: essays on the development and evolution of human organization. Nova York: McCraw-Hill, 1973. 234 p.

BERTOLOZZI, M.R.; FRACOLLI, L. A vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. Mundo da Saúde, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 14-20, 2004.

BORGES DIAS, R.; DIAS, J. C. P. Social and cultural attitudes that affect commitment towards vector control. Genebra: WHO:VBC, 1986. (Working Paper, SG/WP/86.16);

BRANDÃO, H. P. Mapeamento de Competências - Métodos, Técnicas e Aplicações em Gestão de Pessoas. São Paulo: Atlas, 2011. 160 p.

BRANDÃO, H.P.; GUIMARÃES, T.A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 8-15, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma, tuberculose. Brasília, 2007. (Cadernos de Atenção Básica n. 21). Disponível em: </cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf >. Acesso em 30 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas. Brasília, 1998. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_01controle_esquist_diretrizes_tecnicas_1998.pdf>. Acesso em 23 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.707 de 26 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 fev. 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5707.htm>. Acesso em: 25 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 28 jun. 2011. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006b. 76 p. (Série Pactos Pela Saúde, 2006).

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica e controle da mielorradiculopatia esquistossomótica. Brasília, 2006c. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a norma Operacional de Assistência à saúde NOAS SUS 01/ 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 fev. 2002. Disponível em: < http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/Portaria_MS_373.2002 >. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 fev. 2006d. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> >. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399 de 15 de dezembro de 1999. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 dez. 1999. Disponível em: <<http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/port1399.html> >. Acesso em: 17 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 25 set. 2013. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 de junho de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>> Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 out.

2006e. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 26 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância e controle de moluscos de vigilância epidemiológica. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_controle_moluscos_import_epidemiologia_2ed.pdf>. Acesso em: 30 maio 2010.

BRICKLEY, J.A.; SMITH, C.W.; ZIMMERMAN, J.L. Managerial Economics and Organizational Architecture. Chicago: Irwin, 1997. 458p

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO JUNIOR, K.R. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2003. p.101-111.

CASTELLANOS, P. L.; Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad: Un Punto de Vista Epidemiológico. In: TALLER LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 1987, Medellin. Anais. Medellin: Del Evento, 1987. 220 p.

CASTRO, C.G.J.; WESTPHAL, M.F. Modelo de atenção. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP, 2001. p.91-111.

CHAMPAGNE, F. et al. A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). Avaliação: conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217-238.

CHEN, T. H. Theory-Driven Evaluations. Beverly Hills: Sage, 1990. 260 p.

CHIARAVALLOTI NETO, F. *et al.* Aedes albopictus (S) na região de São José do Rio Preto, SP: estudo da sua infestação em área já ocupada pelo Aedes aegypti e discussão de seu papel como possível vetor de dengue e febre amarela. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 35, n. 4, p. 45 – 67, ago. 2002.

CHIAVENATTO, I. Gestão de Pessoas, São Paulo: Elsevier, 2008. 579 p.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. São Paulo: Manole, 2014. 678 p.

COSTA, N. do R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 307-321.

CURI FILHO, D. Um agente de entrelaçamento. Revista Controle da Qualidade, São Paulo, ano 8, n. 80, p. 62, jan. 1999.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M.; GILSON, L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In: BUSS, P. Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001, p. 309-322.

DENIS, J.; CHAMPANHE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 3. p. 49-88;

DEVER, A. G. E. Epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1998.

DIAS, J. C. P. Participação, descentralização e controle de endemias no Brasil. In: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEON, R. (Org.). Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. cap. 15, p. 269-297.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revista de administração pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

ELMORE, R. F. Backward Mapping: Implementation research and policy decisions. Political Science Quarterly, New York, v. 94, n.4, p. 601- 616, Winter. 1979.

FARIA, L.; COSTA, M. C. Cooperação Científica Internacional: estilos de atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford. Revista de Ciências Sociais. Fortaleza, v. 49, n. 1, p. 159-191. 2006.

FARIAS, L. M. M. et al. Análise Preliminar do sistema de informação do programa de controle da esquistossomose no período de 1999 a 2003. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 235-239, jan. 2007.

FAVRE, T. C. et al. Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 34, n. 6, p. 569-576 nov./dez. 2001.

FERRAZ, S.T. Bases conceituais de promoção da saúde. Brasília: OPAS:OMS, 1994.

FIGUEIREDO, L. de; NORONHA, K. V.; ANDRADE, M. V. Os impactos da saúde sobre o crescimento econômico na década de 90: uma análise para os estados brasileiros. Belo Horizonte: Cedeplar, 2003. (Texto para discussão, nº. 219). Disponível em: <www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20219.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

FLEURY, A. C.C.; FLEURY, M. T. L. Construindo o conceito de competência. Revista de Administração Contemporânea, Sao Paulo, p. 183-196, 2001. Edição Especial.

_____. Estratégias competitivas e competências essenciais: perspectivas para a internacionalização da indústria no Brasil. Gestão e Produção, São Paulo, v.10, n.2, p.129-144, ago. 2003.

FREIRE, P. Educação como Prática de Liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1977. 157 p.

FREY, K. A dimensão político-democrática nas teorias de desenvolvimento sustentável e suas implicações para a gestão local. Ambiente e Sociedade, São Paulo, n. 9, p. 1-34, jul/ dez 2001.

GARVIN, D. A. Gerenciando a Qualidade: a Visão Estratégica e Corporativa. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002. 225 p.

GIBSON, J. L.; IVANCEVICH, J. M. DONELLY JUNIOR, J. H. Organizações: comportamento, estrutura, processos. São Paulo: Atlas, 1981. p. 166.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, v. 8, n. 2, p. 17-26, 1999.

GUIMARÃES, T. A.; NADER, R. M.; RAMAGEM, S. P. Avaliação de desempenho de pessoal: uma metodologia integrada ao planejamento e avaliação organizacionais. Revista de Administração Pública, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 43-61, 1998.

GURGEL, I. G. D. A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores. 2007. Tese (doutorado em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2007.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. Competindo pelo Futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. 10 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995. 377 p.

HARTZ, Z. (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.

_____. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e político institucionais. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341 - 353, 1999.

HOCHMAN, G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC. 1998. 236 p.

JARA, O. Concepção Dialética da Educação Popular. São Paulo: Centro de Educação Popular do Instituto *Sedes Sapientiae* (CEPSIS). 1995. 288 p.

LIMA, L.L.; D'ASCENDI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. Revista de sociologia e política, Curitiba, v.21, n. 48, p. 101-110, 2013.

LIPSKY, M. Street-level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russel Sage Foundation, 2010. 300 p.

LOWI, T. American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory, World Politics, Washington D. C., v. 16, p. 677-715, 1964.

MACHADO, M. F. A. S et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciencia e saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 125 – 132, abr. 2007.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. Educação e Sociologia, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr, 2006.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj: Abrasco, 2005.

MAZMANIAN, D. A.; SABATIER, P. A. Effective Policy Implementation. Lexington: Lexington Books, 1981. 168 p.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MENDES, E. V. Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MEIR, F. R.; LARRAÑAGA, O; BOSSERT, T. Decentralization of health systems in Latin America. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, DC, v. 8, n. 1/2, p. 84 – 92, 2000.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, In GALLO, E. (Org.). Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.117-194.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. 244 p.

MINTZBERG, H. Mintzberg on management: inside our strange world of organizations. Nova York: Free Press, 1989. 418 p.

MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1995. 336 p.

MITNICK, B. M.; BACKOFF, R. W. The Incentive Relation in Implementation. In: EDWARDS III, G. C. Public Policy Implementation. Greenwich: Jai Press, 1984. p. 59-122.

MONROE, A. A. *et al.* Envolvimento das Equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MULLER, P.; SUREL, Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Educat, 2004.

NIETSCHE, E.A. Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Unijuí; 2000.

O'BRIEN, K. J.; LI, L. Selective Policy Implementation in Rural China. Comparative Politics, New York, v. 31, n. 2, p. 167-186, Jan. 1999.

OLIVEIRA, O. J. *et al.* Gestão da Qualidade: Tópicos Avançados. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

PAIM, J. S. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 162 p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 128 p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, Sao Paulo, v. 40, p. 73-8, 2006. Numero especial.

PLANTZ, M.C.; GREENWAY, M.T.; HENDRICKS, M. Outcomes measurements: showing results in the nonprofit sector. New Directions for Evaluation, Washington D. C., v. 75, p. 15-30, 1997.

QUININO, L. R. M. et al. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 18, n. 4, p. 335-343, set/ dez. 2009.

QUININO, L. R. M. Análise da Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2009.

QUINTES, H. F. O. Avanços e desafios do programa de controle da esquistossomose em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. 2013. 132f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

RESENDES, A.P.C.; SOUZA-SANTOS, R.; BARBOSA, C.S. Internação hospitalar e mortalidade por esquistossomose mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil, 1999/2000. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, p. 392-401, 2005.

REYNOLDS, A.J. Confirmatory program evaluation: a method for strengthening causal inference. American Journal of Evaluation, Washington D.C., v. 19, n. 2, p. 203-221, 1998.

REZMOVIC, E. L. Assessing treatment implementation amid the slings and arrows of reality. Evaluation Review, Washington D.C., v. 8, n. 2, p. 187-204, 1984.

RIVEIRA, F. J. U. Planejamento em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 300 p.

SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. Massachusetts: Journal of Public Policy, Nova York, v. 6, p 21-48, 1986.

SABATIER, P.; JENKINS-SMITH, H. Policy Change and Learning: The Advocacy Coalition Approach. Boulder: Westview Press. 1993. 349 p.

SAMICO, M.J.A. Estudo da distribuição dos planorbídeos transmissores do *S. mansoni* em Piedade, Jaboatão dos Guararapes, PE. 1989. Monografia (Bacharelado) - Faculdade de Filosofia do Recife, Pernambuco, 1989.

SHADISH JÚNIOR., W. R. Program micro and macro-theories: A guide for social change. New Direction for Program Evaluation, Washington D.C, v. 33, p. 93-109, 1987.

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. Ciência e Cultura, Campinas, v. 55, p. 44-47, 2003.

SILVA, L. M. V. da. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Caderno NEPP/UNICAMP, Campinas, n. 48, p. 1-16, 2000.

SILVEIRA, A. C. Controle da esquistossomose no Brasil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 84, supl. 1, p. 91-104, 1989.

SILVEIRA, A. C.; PIMENTA JUNIOR, F. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Uberaba, v. 54, supl. 2, 2011.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories, Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Rio de Janeiro, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

TEIXEIRA, C.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006. 127 p.

TEIXEIRA, C. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, 160 p.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1561-1569, nov./dez. 2002.

VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual. In: VAN METER, D. S. (org.). La implementación de las políticas. Ciudad del México: Miguel Angel Porrua, 1996. p. 251-266.

VASCONCELOS, C. H. et al. Avaliação de medidas de controle da esquistossomose mansoni no município de Sabará, Minas Gerais, Brasil, 1980-2007. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 997-1006, maio 2009.

VILLELA, M. M. et al. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região Centro – Oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 907-917, 2009.

VIANA, A. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas públicas. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 65-105.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 14, supl. 1, p. 1565-1577, 2009.

VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

VUORI, H. Quality Assurance of Health Services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982. 122 p.

WALT, G. Policy analysis: an approach. In: JANOVSKY, K. Health policy and systems development: an agenda for research. Geneve: World Health Organization, 1996. p. 225- 241.

ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. Trabalho apresentado no Seminário educação profissional, trabalho e competências. Rio de Janeiro, 1996. 222 p.

APÊNDICE A – Formulário para estabelecimento de consenso entre sobre a importância dos itens selecionados para avaliação do Grau de Implantação do PCE na Vigilância

CONSENSO - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Você está sendo convidado para participar, como parecerista, da elaboração dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa intitulada “O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM PERNAMBUCO – UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO). Sua participação não é obrigatória, mas caso decida participar, estará contribuindo para a melhoria do programa.

INSTRUÇÕES

1ª analise a importância de cada variável colocada de acordo com a importância da mesma para o controle da esquistossomose;

2ª Atribua uma nota que pode ir de zero a dez, sendo “zero” quando o item não for importante e dez quando o mesmo for extremamente importante.

RECURSOS HUMANOS – EXISTÊNCIA DO PROFISSIONAL

A sua existência é
Extremamente
Indispensável para a
operacionalização do
PCE

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

A sua existência
é totalmente
dispensável
para a
operacionalizaç

1. Existência de **coordenador municipal** do PCE.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Existência de **agentes de endemias** para o PCE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Existência de **motorista** para o PCE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Existência de **laboratoristas** (lê a lâmina e dá o diagnóstico) para o PCE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Existência de **auxiliar de laboratório (prepara a lâmina para ser lida)** para o PCE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Existência de **arte-educadores ou equipe de educação em saúde treinada para esquistossomose e geohelmintíases**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Existência de profissional de campo para ações de malacologia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

RECURSOS HUMANOS – ESPECIALIZAÇÃO

: É
Extremamente
Indispensável que este ator
seja capacitado nesta
função específica

()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

É
Extremamente
dispensável que
este ator seja
capacitado nesta
função específica

8. Coordenador municipal do PCE treinado em gestão/ operacionalização do PCE.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Coordenador municipal do PCE treinado em esquistossomose (doença/ epidemiologia).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Coordenador treinado em malacologia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Coordenador treinado em Sistema de Informações Sobre o Controle da Esquistossomose (SISPCE).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. Coordenador treinado em preparação e leitura de lâminas para Esquistossomose e Geohelmintíases.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Agentes de endemias treinados em esquistossomose doença/ epidemiologia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. Agentes de endemias treinados em gestão/ operacionalização do PCE.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. Agentes de endemias treinados em malacologia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. Agentes de endemias treinados em SISPCE.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17. Agentes de endemias treinados em preparação e leitura de lâminas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. Laboratoristas treinados em gestão e operacionalização do PCE.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19. Laboratoristas treinados em preparação e leitura de lâminas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Auxiliares de laboratório treinados em gestão e operacionalização do PCE.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21. Auxiliares de laboratório treinados em preparação e leitura de lâminas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

22. Arte educadores treinados em esquistossomose doença/ epidemiologia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

23. Arte educadores treinados em gestão/ operacionalização do PCE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Arte educadores treinados em educação e comunicação para a saúde

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

RECURSOS MATERIAIS

Laboratório

25 Laboratório municipal que realiza preparação e leitura de lâminas (diagnóstico) de esquistossomose e outras helmintoses?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26 No laboratório, existem kits de Kato-kats suficiente para a demanda anual de exames?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tratamento de doentes

27 Existem comprimidos de *Praziquantel*® para o tratamento dos portadores?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Controle de planorbídeos

28 Existe *veículo* disponível para o trabalho de pesquisa de coleções hídricas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29 Existem *equipamentos de proteção individual (EPI)* (botas e luvas) para a realização das coletas de caramujos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30 Existem *equipamentos* de trabalho diário de malacologia (*Concha* apropriada para captura de exemplares; *Pinças* para manipular os exemplares; *Microscópio tereoscópico (lupa)* para realização de identificação das espécies de caramujos e da cercaria).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

31 Existe documento mostrando o levantamento malacológico com identificação da espécie vetora e a taxa de infecção natural dos moluscos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SISPCE

32 Há acesso à internet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

33 Existe *Computador* disponível para digitação dos boletins do PCE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Educação em Saúde

34 Existência *Material educativo para ações de controle da esquistossomose?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

35 Existência de *Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PROCESSO

1. Delimitação epidemiológica

a. O município usa alguma técnica de inquérito coproscópico **amostral** a fim de determinar a prevalência em localidades donde nunca foram feitos trabalhos de controle?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2. Inquéritos coproscópicos censitários

a) Coordenador usa critérios para escolher determinada área para ser alvo dos inquéritos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

b. O coordenador planeja as ações antes de se dirigir ao campo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

c. Quando uma área é trabalhada, com quanto tempo depois esta mesma área é trabalhada novamente?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

d. O trabalho é feito só em áreas rurais, que são conhecidamente problemáticas para esquistossomose, ou também são trabalhadas áreas urbanas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

e. É utilizado algum mecanismo para reduzir a perda de potes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

f. Que tipo de exame de fezes é feito no município?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

g. Esta atividade (entrega e coleta de potes) é feita junto com a equipe de PSF?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2.3 Tratamento de doentes

a. Que medicamento é utilizado no município?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

b. Como se dá a captação e tratamento de pacientes provenientes da demanda passiva?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

c. É realizado controle de cura? Como?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

d. Como se dá o tratamento dos pacientes que participaram dos inquéritos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

2.4 Controle do molusco

a. O município realiza coleta periódica de caramujos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

b. O município realiza demarcação de estações de captura e marcação destas em croqui?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

2.5 Medidas de saneamento

a. O município realiza medida(s) de saneamento com vistas à diminuição da taxa de infecção por esquistossomose (específicas) **2.6 Educação em saúde**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

a. O município realiza atividades educativas com a comunidade (comprovada em atas)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

b. Há alguma parceria com ONGs, igrejas, etc. para realizar ações educativas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

2.7 SISPCE

a. Depois dos trabalhos de campo, como o boletim chega na mão do digitador?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

b. Como são divididas as fichas para atribuição dos números de controle?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

c. Quando os pacientes são tratados, como este dado chega à mão do digitador e como esta informação é digitada?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

d. O município digita os casos provenientes de demanda passiva usando a ficha da atenção básica?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

e. A secretaria tem internet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

f. Quando os dados são digitados, antes de ser enviado para a GERES, o que é feito? (verificar se o digitador responde com as seguintes palavras: reindexação, reexportação, reapresentação, cópia de segurança)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

2.8 Vigilância epidemiológica

a. Há notificação de casos de esquistossomose? Como é feita?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

b. O que é um caso grave de esquistossomose pra você?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

c. Há investigação dos casos notificados?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

d. Há investigação de óbitos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

3 INDICADORES DE COBERTURA

a. Percentual médio da *população trabalhada* do município por ano

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

b. Percentual médio de *amostras recolhidas* (% de coletores recolhidos em relação aos distribuídos por município por ano)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

c. Cobertura média de tratamento

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

d. Periodicidade do fluxo da informação

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta _____ de _____ indicador: _____

APÊNDICE B - Formulário para estabelecimento de consenso entre sobre a importância dos itens selecionados para avaliação do Grau de Implantação do PCE nas Equipes de Saúde da Família

CONSENSO – GI do PCE nas EqSF

Você está sendo convidado para participar, como parecerista, da elaboração dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa intitulada “O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM PERNAMBUCO – UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO). Sua participação não é obrigatória, mas caso decida participar, estará contribuindo para a melhoria do programa.

INSTRUÇÕES

1ª analise a importância de cada variável colocada de acordo com a importância da mesma para o controle da esquistossomose;

2ª Atribua uma nota que pode ir de zero a dez, sendo “zero” quando o item não for importante e dez quando o mesmo for extremamente importante.

3ª Proponha um indicador para avaliar este item

ESTRUTURA

1 Equipe completa

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2 Equipe capacitada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PROCESSO

1 Identificação de caso suspeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2 Diagnostico correto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3 Tratamento correto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4 Tratamento ocorre na unidade

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5 Contra-indicações?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6 Medicamento na unidade

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7 Definição e diagnóstico de caso grave

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8 Conduta diante de um caso grave?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9 Conhecimentos sobre procedimentos de referência

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10 Notificação correta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11 Planejamento conjunto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

APÊNDICE C - Formulário para estabelecimento de consenso entre sobre a importância dos itens selecionados para avaliação da influência do contexto político no GI do PCE.

CONSENSO – INFLUÊNCIA DO CONTEXTO POLÍTICO

Você está sendo convidado para participar, como parecerista, da elaboração dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa intitulada “O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM PERNAMBUCO – UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO). Sua participação não é obrigatória, mas caso decida participar, estará contribuindo para a melhoria do programa.

INSTRUÇÕES

1ª analise a importância de cada variável colocada de acordo com a importância da mesma para o controle da esquistossomose;

2ª Atribua uma nota que pode ir de zero a dez, sendo “zero” quando o item não for importante e dez quando o mesmo for extremamente importante;

3ª Proponha um indicador para avaliar este item

1. Conhecimentos

1.1 Inquéritos coproscópicos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.2 Sintomas clínicos esquistossomose aguda

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.3 Sintomas clínicos esquistossomose crônica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.4 Sintomas casos graves

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.5 Conhecimentos sobre formas ectópicas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.6 Conhecimentos sobre transmissão

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

1.7 conhecimentos sobre determinantes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

1.8 Conhecimentos sobre prevalência

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

1.9 Conhecimentos sobre vigilância epidemiológica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

1.10 Conhecimentos sobre tratamento

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

1.11 Conhecimentos sobre condutas em casos graves

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2 Habilidades

2.1 O profissional concorda que a esquistossomose é atribuição sua

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2.2 O profissional realiza suas atividades articulando-se com os demais

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.3 O profissional realiza atividades além das mínimas propostas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2.4 O profissional participa constantemente de capacitações

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Proposta				de		indicador:			

3 Atitudes

3.1 O profissional realiza as atividades mínimas propostas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Proposta				de		indicador:			

Questões finais:

1. Quais destes itens devem ser avaliados para os secretários, coordenadores e profissionais das EqSF?

2. Você propõe mais algum item?

APÊNDICE D - Formulário para estabelecimento de consenso sobre a importância dos itens selecionados para avaliação da influência do contexto estrutural no GI do PCE.

CONSENSO – INFLUÊNCIA DO CONTEXTO ESTRUTURAL ORGANIZACIONAL

Você está sendo convidado para participar, como parecerista, da elaboração dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa intitulada “O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM PERNAMBUCO – UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO). Sua participação não é obrigatória, mas caso decida participar, estará contribuindo para a melhoria do programa.

INSTRUÇÕES

1ª analise a importância de cada variável colocada de acordo com a importância da mesma para o controle da esquistossomose;

2ª Atribua uma nota que pode ir de zero a dez, sendo “zero” quando o item não for importante e dez quando o mesmo for extremamente importante.

3ª Proponha um indicador para avaliar este item

1 MECANISMOS DE COORDENAÇÃO

1.1 Existem profissionais em numero suficientes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.2 Existem profissionais capacitados em numero suficiente?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.3 Existem instrumentos normativos disponiveis?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.4 O profissional conhece as normas que regem o programa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Proposta					de					indicador:

1.5 O profissional conhece as metas do programa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Proposta de indicador:									

2 PARÂMETROS ORGANIZACIONAIS

2.1 Plano municipal contemplando ações integrais

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2.2 Organograma contemplando setor de esquistossomose

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2.3 Município preocupa-se com cumprimento de metas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2.4 Sistema decisório e operacional favorecendo a descentralização

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

2.5 Sistema de planejamento e avaliação (gestão) funcionando de acordo com normas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

3 FATORES CONTINGENCIAIS

3.1 Equipe implantada há tempo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

3.2 PCE implantado há tempo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

3.3 Suficiência de recursos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

3.4 Município auto-suficiente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

3.5 Clima organizacional

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta de indicador:

3.6 Apoio

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Proposta

de

indicador:

APÊNDICE E – Questionário para determinação do GI do PCE na Vigilância.

GI DO PCE – VIGILANCIA EM SAÚDE – entrevista com o coordenador do PCE

IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO: _____ DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____
QUEM FORNECEU AS INFORMAÇÕES: _____

1 COMPONENTES ESTRUTURA

1.1 RECURSOS HUMANOS

1.1.1 O município possui um **coordenador municipal** do PCE?

- Possui coordenador *exclusivo* pro PCE
 O coordenador *coordena o PCE e outras endemias*
 Não possui coordenador
 Outros: _____

1.1.2 O município possui **agentes de endemias** para o PCE?

- Possui agentes exclusivos para o PCE; total de agentes _____
 Possui, mas não são exclusivos do PCE
 Não possui agentes para o PCE

1.1.3 O município possui **motorista** para o PCE?

- Sim, sempre está à disposição
 Sim, mas muitas vezes não está disponível, pois está trabalhando em outras endemias
 Não possui

1.1.4 O município possui **laboratorista** para as ações do PCE?

- Possui laboratoristas exclusivos pro PCE; total de laboratoristas: _____
 Possui, mas não é exclusivo do PCE.
 Não possui

1.1.5 O município possui **auxiliar de laboratório** (é o profissional que prepara as lâminas) para as ações do PCE?

- Possui auxiliares de laboratório exclusivos pro PCE; total de auxiliares: _____
 Possui, mas não são exclusivos do PCE.
 Não possui

1.1.6 O município possui **Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS)** montado e funcionando?

- Sim
 Não

1.1.7 O município possui **Profissional de campo para as ações de malacologia** (controle de caramujos)?

- Sim
 Não

1.1.8 O município possui **Digitador** para os boletins do PCE?

- Sim
 Não

1.2 INDICADORES DE COBERTURA DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL

1.2.1 Percentual de profissionais treinados em suas funções específicas:

a) **Agentes de endemias:**

Total de	Destes profissionais,	Destes	Destes	Destes profissionais,
----------	-----------------------	--------	--------	-----------------------

agentes de endemias	quantos são treinados em malacologia?	profissionais, quantos são treinados em coproscopia?	profissionais, quantos são treinados em educação em saúde?	quantos são treinados em diagnóstico laboratorial

Onde e quando foi o treinamento? _____

b) **Profissionais da atenção básica** (treinados sobre o programa e diagnóstico e tratamento)

Profissionais (total)	Existentes	Treinados apenas em diagnóstico e tratamento de esquistossomose	Treinados sobre o programa de controle da esquistossomose em geral
Médicos			
Enfermeiros			
ACS			

Onde e quando foi o treinamento? _____

c) **Gestores e gerentes:**

Profissionais	Existentes	Treinados sobre o programa de controle
Coordenador municipal das endemias/ PCE		
Gerente da VS		

Onde e quando foi o treinamento? _____

d) **Laboratoristas e auxiliares** de laboratório (*pontuação total: 4 pontos*):

Profissionais	Existentes	Treinados
Laboratoristas		
Auxiliares de laboratório		

e) . Equipe de educação em saúde (*pontuação total: 2 pontos*):

Profissionais	Existentes	Treinados
Educadores		

Onde e quando foi o treinamento? _____

f) Digitadores (*pontuação total: 2 pontos*):

Profissionais	Existentes	Treinados
Digitadores		

Onde e quando foi o treinamento? _____

1.3 RECURSOS MATERIAIS

1.3.1 Inquéritos Coproscópicos Censitários

a. Quantos **potes** existem HOJE NO MUNICÍPIO, para a realização dos exames parasitológicos de acordo com sua meta anual estipulada pela SES? Qual é a **meta** de exames?

b. Quantas **Etiquetas marcadoras** de potes para a realização dos exames parasitológicos existem HOJE no município?

c. Quantos *Formulários PCE 101* existem HOJE no município?

c.1. O formulário utilizado já tem o espaço para colocar o nº do prontuário do paciente? () sim () não

d. Existe *veículo* para cumprir a meta (diária, semanal, mensal) de distribuição dos potes estipulada?

- () Existe e é exclusiva da vigilância ambiental;
 () Existe mas não é exclusiva da vigilância ambiental;
 () Não existe.

e. Existe *Mapa* com os percentuais de positividade por localidade, bem como sua classificação em localidade endêmica, de foco, indene ?

- () Existente
 () Inexistente

f. Existe *croqui* mostrando as coleções hídricas e a classificação segundo potencial de foco (coleção atual, potencial, criadouro, foco)

- () Existente
 () Inexistente

1.3.2 Laboratório

1. Existe *laboratório municipal* que realiza diagnóstico de esquistossomose

- () Existente
 () Inexistente

Obs: No laboratório, verificar o seguinte:

a. Quantos *Kits de Kato-Katz* existem hoje no município?

OBS: CASO NÃO EXISTA KIT COMPLETO, RESPONDER ÀS QUESTÕES DO ITEM c.

b. Quando foi a última vez que o município recebeu um Kit completo?

- () No mesmo ano
 () Há mais de um ano

c. Caso não exista kit completo, responder às questões abaixo:

c.1. existe **peso-medida** em número suficiente pra cobrir a meta? Quantos? _____

c.2 Quantas **lâminas de vidro** existem HOJE no laboratório? _____

c.3. Quantos metros de **tela de nylon** existem HOJE no município? _____

c.4 Quantos mL de **Verde malaquita** existem HOJE no município? _____

c.5 Quantas **palhetas** existem HOJE no município? _____

c.6 Quantos metros de **papel de celofane** existem HOJE no município? _____

1.3.3. Quimioterapia

a. Quantos comprimidos de *Praziquantel®* existem HOJE para o tratamento dos portadores:

- () *Existe* medicamentos ou existe pedido oficial feito a GERES no dia da visita;
 () *Inexistência* de medicamentos ou de pedido no dia da visita

1.3.4 Malacologia

a. Existe *veículo* disponível para o trabalho de pesquisa de coleções hídricas?

- () Existente
 () Inexistente

b. Existem *equipamentos de proteção individual (EPI)* tais como botas e luvas para a realização das coletas de caramujos?

- () Existente

() Inexistente

c. Existem os seguintes *equipamentos* de trabalho diário de malacologia?

- *Concha* apropriada para captura de exemplares () sim () não

- *Pinças* para manipular os exemplares () sim () não

- *Microscópio estereoscópico (lupa)* para realização de identificação das espécies de caramujos e da cercaria () sim () não

d. Existe documento mostrando o levantamento malacológico com identificação da espécie vetora e a taxa de infecção natural dos moluscos?

() Existente

() Inexistente

1.3.5 SISPCE

1. Existe *Computador* disponível para digitação dos boletins do PCE:

() Existente

() Inexistente

1.3.6 Educação em saúde

a. Existe *Material educativo para ações de controle da esquistossomose*?

() Existente

() Inexistente

b. Existência de *Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS)*

() Existente (implantado)

() Inexistente

2 COMPONENTES DO PROCESSO

2.1 Delimitação epidemiológica

a. O município usa alguma técnica de inquérito coproscópico **amostral** a fim de determinar a prevalência em localidades onde nunca foram feitos trabalhos de controle?

-() sim: Como foi feita? _____;

-() não;

2.2 Inquéritos coproscópicos censitários

a. O Coordenador usa critérios para escolher determinada área para ser alvo dos inquéritos?

() sim: _____ pontos; Quais: _____;

() não; _____ pontos;

b. O coordenador planeja as ações antes de se dirigir ao campo?

-() sim: _____ pontos; Como: _____;

-() não; _____ pontos;

c. Quando uma área é trabalhada, com quanto tempo depois esta mesma área é trabalhada novamente?

d. O trabalho é feito só em áreas rurais, que são conhecidamente problemáticas para esquistossomose, ou também são trabalhadas áreas urbanas?

f. É utilizado algum mecanismo para reduzir a perda de potes?

() sim;

Quais? _____

() não;

f. Que tipo de exame de fezes é feito no município?

() Hofmann

() Kato-Katz

g. Esta atividade (entrega e coleta de potes) é feita junto com a equipe de PSF?

() sim;

Quais as atividades que são feitas em conjunto? _____

() não;

2.3 Tratamento de doentes

a. Que medicamento é utilizado no município? _____

b. Como se dá a captação e tratamento de pacientes provenientes da demanda passiva?

Há dificuldades no processo?

c. É realizado controle de cura? Como?

d. Como se dá o tratamento dos pacientes que participaram dos inquéritos?

2.4 Controle do molusco

a. O município realiza coleta periódica de caramujos?

() sim

() não;

b. O município realiza demarcação de estações de captura e marcação destas em croqui?

() sim:

() não;

2.5 Medidas de saneamento

a. O município realiza medida(s) de saneamento com vistas à diminuição da taxa de infecção por esquistossomose (específicas)

() sim:

() não;

2.6 Educação em saúde

a. O município realiza atividades educativas com a comunidade (comprovada em atas)

() sim:

() não;

b. Há alguma parceria com ONGs, igrejas, etc. para realizar ações educativas?

() sim:

() não;

2.7 SISPCE

a. Depois dos trabalhos de campo, como o boletim chega na mão do digitador?

() Vem direto do campo e é imediatamente digitado;

() Existe uma rotina de controle de qualidade antes dos boletins serem digitados (verificação da ordem das amostras, verificação das datas, etc);

() Outros _____

b. Como são divididas as fichas para atribuição dos números de controle?

c. Quando os pacientes são tratados, como este dado chega à mão do digitador e como esta informação é digitada?

d. O município digita os casos provenientes de demanda passiva usando a ficha da atenção básica?

() sim: _____ pontos; () não; _____ pontos;

e. A secretaria tem internet?

() sim: _____ pontos; () não; _____ pontos;

f. Quando os dados são digitados, antes de ser enviado para a GERES, o que é feito? (verificar se o digitador responde com as seguintes palavras: reindexação, reexportação, reapresentação, cópia de segurança)?

Os dados são enviados para a SES ou para a GERES? _____

Com que frequência? _____

2.8 Vigilância epidemiológica

a. Há notificação de casos de esquistossomose? Como é feita?

b. O que é um caso grave de esquistossomose pra você?

c. Há investigação dos casos notificados?

() Não;

() Sim; como é feita?

- Usando a ficha no SINAN;

- Usando formulário da atenção básica;

- Outros; _____

d. Há investigação de óbitos?

() Não;

() Sim; como é feita? _____

3 INDICADORES DE COBERTURA

a. Percentual médio da *população trabalhada* do município por ano (Pontuação máxima: 2 pontos):

População do município	Média da população trabalhada por ano	Percentual da população trabalhada	Pontos

b. Percentual médio de *amostras recolhidas* (% de coletores recolhidos em relação aos distribuídos por município por ano):

Coletores entregues no período trabalhado	Coletores recolhidos	% de amostras recolhidas	Pontos

c. Cobertura média de tratamento:

Número total de positivos no período trabalhado	Número total de tratados no período	Cobertura média de tratamento	Pontos

d. Periodicidade do fluxo da informação:

Número total de anos trabalhados	Número de anos em que foram enviados dados para GERES/ SES	Proporção de anos com dados enviados	Pontos

APÊNDICE F - Questionário para determinação do GI do PCE na EqSF – entrevista com o ACS.

GI do PCE nas EqSF

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Unidade: _____ Data: ____/____/____

1.2 Localização: () Zona Urbana () Zona Rural

2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Nome: _____

2.2 Telefone de contato: _____ - _____

2.3 Trabalha na unidade há quanto tempo: _____

3 ESTRUTURA

3.1 Você já recebeu algum treinamento ou participou de palestras que falassem sobre esquistossomose?

() Não;

() Sim; onde foi? _____ Quando foi? _____

Sobre o que falaram? _____

4 PROCESSO

4.1 O que você faz quando percebe que alguma pessoa da sua comunidade pode estar com esquistossomose?

4.2 Você participa ou já participou de atividades de controle da esquistossomose juntamente com os agentes de endemias? () Não () Sim; quais?

4.3 Quando você visita uma casa no seu trabalho diário, você geralmente fala sobre esquistossomose?

() Não;

() Sim; que tipo de informações?

4.4 Você costuma acompanhar os pacientes doentes de esquistossomose quando eles vão tomar a medicação?

() Não;

() Sim;

() Não sei.

4.5 Você já se reuniu com pessoas da sua área (comunitários) para realizar alguma atividade com objetivo de acabar com os caramujos que transmitem a esquistossomose?

() Não;

() Sim; o que foi feito? _____

APÊNDICE G - Questionário para determinação do GI do PCE na EqSF – entrevista com o PNS

GI do PCE nas EqSF

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Unidade: _____ Data: ____/____/____

1.2 Localização: () Zona Urbana () Zona Rural

2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Profissional que respondeu ao questionário: () médico () enfermeiro

2.2 Telefone de contato: _____ - _____

2.3 Trabalha na unidade há quanto tempo:

3 ESTRUTURA

3.1 Que profissionais compõem a unidade de saúde hoje:

() Médico () Enfermeiro () Auxiliar de enfermagem () ACS (quantos: _____)

3.2 Cobertura: PACS _____ PSF _____

3.3 Treinamento em esquistossomose (diagnóstico/ tratamento; controle; etc.):

3.3.1 Médico: () sim () não Que tipo?

Onde foi? _____ Quando foi? _____

3.3.2 Enfermeiro: () sim () não Que tipo?

Onde foi? _____ Quando foi? _____

3.3.3 ACS (OBS: colocar no questionário do ACS)

4 PROCESSO

4.1 Que tipo de informações (sinais, sintomas, história clínica, etc.) o levam a suspeitar que você está diante de um caso de esquistossomose?

4.2 Diante de um caso suspeito, que outros métodos diagnósticos (exames) devem ser solicitados para confirmar a suspeita?

4.3 Diante de um caso confirmado, qual o tratamento indicado?

4.4 Quem realiza o tratamento na sua unidade? () Médico () Enfermeiro

4.5 O tratamento é realizado na própria unidade ou o paciente é encaminhado para outras unidades de saúde?

4.6 Em que casos você costuma contra-indicar o tratamento?

4.7 O medicamento para tratamento esquistossomose encontra-se disponível na unidade?

() Sim

() Não; como são adquiridos?

4.8 Para você, o que é um caso grave de esquistossomose?

4.9 Qual a conduta diante de um caso grave?

4.10 Você sabe qual (is) o (s) hospital (is) de referência para esquistossomose? Já precisou encaminhar algum paciente?

4.11 Você notifica os casos de esquistossomose? () Não () Sim

Em que casos? _____

4.12 Você já participou de alguma ação visando ao controle da esquistossomose, juntamente com profissionais da vigilância em saúde (agente de saúde ambiental, coordenador da vigilância, etc)?

4.13 Você já realizou ações de educação em saúde na sua área de abrangência que abordassem o tema esquistossomose? () Não () Sim

Onde foi e que aspectos abordou?

APÊNDICE H - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Secretário de Saúde.

DETERMINAÇÃO DO CONTEXTO POLITICO - SS

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do Município: _____ Data: ____/____/____

2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Profissional que respondeu ao questionário: _____

2.2 Telefone de contato: _____ - _____

CONHECIMENTOS

1. Você conhece os sinais e sintomas da esquistossomose? Cite: _____

2. Você conhece como funciona o PCE?

Sim Não

Como: _____

3. Você conhece os **indicadores** básicos da esquistossomose em seu município (sabe as últimas localidades trabalhadas, a prevalência do município, as localidades de maior positividade, a meta pactuada pela SES)?

Sim Não

Qual (is)? _____

4. Você conhece a **meta** de exames de esquistossomose proposta para o seu município?

Sim Não

Qual é? _____

5. Você conhece as áreas de risco para esquistossomose em seu município? _____

HABILIDADES

6. Você concorda que o controle da esquistossomose é uma ação somente da Vigilância?

7. Você já procurou outras secretarias para realizar ações de controle da esquistossomose? _____

8. Você investe na capacitação dos técnicos? Quando foi a última vez que os mesmos participaram de capacitações? _____

ATITUDES

9. Você normalmente participa do **planejamento** das ações de controle da esquistossomose?

Sim Não

Como: _____

10. Diante das diversas endemias e epidemias (por exemplo, de dengue) que ocorrem no município, você considera o controle da esquistossomose uma prioridade, ou seja, as ações de controle não são prejudicadas mesmo quando ocorrem epidemias de outras doenças?

Sim; Não

Porque? _____

11. Houve alguma **ação** realizada pela SMS (construção de laboratórios, aquisição de veículos, contratação de pessoal, etc.) que a SMS realizou e contribuiu para um melhor funcionamento das ações de controle da E?

Sim Não

APÊNDICE I - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Coordenador do PCE

CONTEXTO POLÍTICO - CPCE

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do Município: _____ Data: ____/____/____

2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Profissional que respondeu ao questionário: _____

2.2 Telefone de contato: _____ - _____

CONHECIMENTOS

3. Você conhece o PCE (sabe que ele não se limita só a exames periódicos)? () Sim () Não

Quais suas principais recomendações? _____

Costuma se remeter ao manual/ guia para nortear ações? () Sim () Não

Porque? _____

4. Você conhece os indicadores básicos da esquistossomose em seu município (sabe as últimas localidades trabalhadas, a prevalência do município, as localidades de maior positividade)? () Sim () Não

Quais os principais: _____

5. Você conhece os sintomas de esquistossomose aguda? _____

6. Você conhece os sintomas de esquistossomose crônica? _____

7. Você conhece outros tipos de esquistossomose? _____

8. Você conhece como se transmite a esquistossomose? () Sim () Não

9. Você conhece as áreas endêmicas para esquistossomose em seu município? () Sim () Não

Qual a prevalência? _____

10. Que fatores você observa que podem estar associados ao adoecimento por esquistossomose?

11. Como é feita a notificação de casos? _____

12. Como se dá o tratamento de doentes? _____

13. Você conhece os hospitais de referência? _____

14. Você conhece o SISPCE? () Sim () Não

Como funciona? _____

HABILIDADES

15. Você **planeja as ações** de controle da esquistossomose antes de se dirigir ao campo? () Sim () Não

Porque? _____

16. Você planeja as ações juntamente com a EqSF e com o secretário?

() Sim () Não

Porque? _____

17. Você normalmente **usa informações** epidemiológicas e ambientais (prevalência, análise do ambiente, localidade ainda não trabalhada, etc.) para planejar as ações? () Sim () Não
Porque? _____

18. Utiliza o manual/ guia da FUNASA para se orientar? () Sim () Não
Porque? _____

20. Você costuma monitorar as ações? () Sim () Não
Como é feito o monitoramento ? _____

21. Você costuma avaliar as ações? () Sim () Não
Como é feita a avaliação ? _____

ATITUDES

22. Diante das diversas endemias e epidemias (por exemplo, de dengue) que ocorrem no município, você considera o controle da esquistossomose uma prioridade, ou seja, as ações de controle não são prejudicadas mesmo quando ocorrem epidemias de outras doenças? () Sim () Não
Porque? _____

23. Houve alguma **ação** realizada pela coordenação (capacitação de agentes e de educadores em saúde, realização de reuniões com agentes e com outros setores, outras ações intersetoriais, etc.) que contribuiu para um melhor funcionamento das ações de controle da E?
() Sim () Não
Qual? _____

24. Como você avalia sua autonomia para realizar ações de controle da esquistossomose?
() Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima

APÊNDICE J - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Agente de Saúde Ambiental

CONTEXTO POLITICO - ASA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ Telefone: _____
 Escolaridade: _____ É efetivo? _____

CONHECIMENTOS

CARACTERIZAÇÃO

1. Você só trabalha com ESQUISTOSSOMOSE?

sim não

2. Qual o seu horário de trabalho? _____

3. Você trabalha o ano todo com esta endemia?

sim não

4. Quantos potes você entrega/ recolhe por dia? _____

5. Já fez treinamento em esquistossomose? _____

EXERCÍCIO DE CONTROLE

Marque “X” nos sintomas que você verifica numa pessoa e que fazem você suspeitar que ela está com esquistossomose:

OBS: pode marcar quantos “X” quiser.

dor de barriga;

diarréia

dor e dormência nas pernas

dor na costas

dificuldade para “segurar” a urina

coceira na pele

Febre

dor no corpo

tosse

dor de cabeça

Vômito

Ataques epilépticos

6. Marque “X” nas alternativas abaixo que mostram as formas como a esquistossomose é transmitida:

OBS: pode marcar quantos “X” quiser.

contato com caramujos que vivem na terra (escargot, africano)

tomando banhos de rio

comendo verduras mal lavadas

pelas fezes de animais (cavalos, porcos, cachorros);

falta de higiene

banhos de mar

comendo carne crua

contato com caramujos que vivem na água

falta de saneamento

contato com o caramujo aruá

7. Que fatores você observa que existem na sua área e que você acha que contribuem para a transmissão da esquistossomose?

OBS: pode marcar quantos “X” quiser.

presença de rios

falta de saneamento básico

presença de açudes

falta d’água

presença de animais soltos, convivendo junto com humanos

população não tem conhecimento sobre a doença

presença de caramujos aruá

presença de caramujos que vivem na terra (africano, escargot) devastando as plantações

presença de outros caramujos que vivem na água

8. Você conhece o **caramujo transmissor** da esquistossomose?

não sim

9. Você **conhece o PCE** (sabe que ele não se limita só a exames periódicos)? () Sim () Não

Quais suas principais recomendações? _____

Qual a importância do PCE pra o seu município?

10. Você **conhece os indicadores** básicos da esquistossomose em seu município (sabe as últimas localidades trabalhadas, a prevalência do município, as localidades de maior positividade)? () Sim () Não

Quais os principais: _____

HABILIDADES E ATITUDES

11. Marque com um "X" as atividades de controle da esquistossomose que você acha que você deve realizar:

OBS: pode marcar mais de um "X" (quantos quiser)

- () Conhecer os sintomas para identificar pessoas doentes nas comunidades
- () Encaminhamento de pessoas doentes para o PSF
- () Entrega dos resultados dos exames aos pacientes
- () Acompanhar os pacientes para saber se já tomaram a medicação
- () Entrega e coleta de potes para exames de fezes à população;
- () Palestras sobre esquistossomose
- () Orientar o paciente para que ele realize exames de fezes para para ver se ficou curado, depois de tomar o medicamento;
- () Desenvolver, junto com a comunidade, atividades que ajudem a acabar com o caramujo que transmite a esquistossomose;
- () Notificar casos de esquistossomose
- () Verificar a existência de rios, poças de água, açudes, etc. que contém caramujos e informar ao coordenador
- () Realizar atividades junto com os ACS
- () Realizar atividades de captura e coleta de caramujos

12. Você realiza atividades de educação em saúde durante as visitas?

() sim () não

Porque? _____

13. Houve alguma **ação** realizada por você que contribuiu para um melhor funcionamento das ações de controle da E?

() Sim () Não

Qual (is)? _____

14. Você **participa do planejamento das ações** de controle da esquistossomose junto com o coordenador?

() Sim () Não

Porque? _____

12. Diante das diversas endemias e epidemias (por exemplo, de dengue) que ocorrem no município, você considera o controle da esquistossomose uma prioridade, ou seja, as ações de controle não são prejudicadas mesmo quando ocorrem epidemias de outras doenças? () Sim () Não

Porque? _____

13. Porque você trabalha com o PCE?

APÊNDICE K - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Agente Comunitário de Saúde

CONTEXTO POLITICO - ACS

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Unidade: _____ Data: ____/____/____

1.2 Localização: () Zona Urbana () Zona Rural

1.3 Hora de início da entrevista: _____

2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Nome: _____

2.2 Telefone de contato: _____ - _____

2.3 Trabalha na unidade há quanto tempo: _____

2.4 Escolaridade? _____

2.5 Seu cargo é efetivo? () sim () não

3. CONHECIMENTOS

3.1 Já houve inquéritos coprocópicos (realização de exames de fezes em toda a população) na sua área?

() Não

() Sim; quando foi? _____

() Não sei

3.2 Há casos graves de esquistossomose na sua área?

() Não

() Sim; que tipo de casos: _____

() Não sei.

3.3 Marque "X" nos sintomas que você verifica numa pessoa e que fazem você suspeitar que ela está com esquistossomose:

OBS: pode marcar quantos "X" quiser.

() dor de barriga;

() diarreia

() dor e dormência nas pernas

() dor na costas

() dificuldade para "segurar" a urina

() coceira na pele

() Febre

() dor no corpo

() tosse

() dor de cabeça

() Vômito

() Ataques epiléticos

3.4 Marque "X" nas alternativas abaixo que mostram as formas como a esquistossomose é transmitida:

OBS: pode marcar quantos "X" quiser.

() contato com caramujos que vivem na terra () tomando banhos de rio

(escargot, africano)

() comendo verduras mal lavadas

() pelas fezes de animais (cavalos, porcos, cachorros);

() falta de higiene

() banhos de mar

() comendo carne crua

() contato com caramujos que vivem na água

() falta de saneamento

() contato com o caramujo aruá

3.5 Você conhece o caramujo que transmite a esquistossomose: () sim () Não

Como ele é e onde vive?

3.6 Que fatores você observa que existem na sua área e que você acha que contribuem para a transmissão da esquistossomose?

() presença de rios

() falta de saneamento básico

() presença de açudes

() falta d'água

() presença de animais soltos, convivendo junto com humanos

() população não tem conhecimento sobre a doença

() presença de caramujos aruá

() presença de caramujos que vivem na terra (africano, escargot) devastando as plantações

presença de outros caramujos que vivem na água

4 HABILIDADES (SUPORTE)

4.1 Você já realizou alguma (s) atividade(s) que, na sua opinião, contribuiu para favorecer o controle da esquistossomose na sua área?

Não

Sim; que tipo de atividade:

4.2 Você já chegou a se reunir com profissionais da vigilância em saúde (vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária) para discutir assuntos referentes a esquistossomose na sua comunidade?

Não

Sim; o que foi discutido: _____

4.3 Você acha importante se reunir com estes profissionais (agentes de endemias ou outros) para realizar ações de controle da esquistossomose?

Não, porque acho que cada um deve fazer sua parte;

Sim; porque?

4.4 Quando acontecem os inquéritos na sua área (realização de exames de fezes), os profissionais da vigilância costumam avisar vocês antes? Sim Não

5 ATITUDES (EXERCÍCIO DE CONTROLE)

5.1 Você acha que sua área é endêmica para esquistossomose? Não Sim

O que o leva a fazer esta afirmação?

5.2 Se a área for considerada endêmica, você sabe qual a prevalência?

5.3 Você já ouviu falar em Programa de Controle da Esquistossomose?

Sim; Não

5.4 Você já participou de alguma atividade de controle da esquistossomose juntamente com profissionais da vigilância (por exemplo, com os agentes de endemias) visando ao controle da esquistossomose (exemplo: realização de exames de fezes em toda a população, tratamento dos doentes, etc.)? Quando há inquéritos, você é avisado?

Não;

Sim; o que foi feito?

Quando foi?

5.5 Você já foi convidado pelos profissionais da vigilância para planejar ações de controle da esquistossomose na sua área?

Não;

Sim; o que foi planejado?

Quando foi? _____

5.6 Você acha que as atividades de controle da esquistossomose devem ser realizadas somente pelos profissionais da vigilância (por exemplo, agentes de endemias), somente pelos profissionais do Programa de Saúde da Família ou pelos dois?

Porque?

5.7 Marque com um “X” as atividades de controle da esquistossomose que você acha que você deve realizar:

OBS: pode marcar mais de um “X” (quantos quiser)

- Encaminhamento de pessoas doentes para o PSF
- Entrega dos resultados dos exames aos pacientes;
- Entrega e coleta de potes para exames de fezes à população;
- Supervisionar a tomada do medicamento pelos pacientes;
- Palestras sobre esquistossomose;
- Orientar o paciente para que ele realize exames de fezes para para ver se ficou curado, depois de tomar o medicamento;
- Desenvolver, junto com a comunidade, atividades que ajudem a acabar com o caramujo que transmite a esquistossomose;
- Notificar casos de esquistossomose;
- Verificar a existência de rios, poças de água, açudes, etc. que contém caramujos e informar a enfermeira;

6 (ATITUDES) COERÊNCIA DE MOTIVOS

6.1 Você acha importante desenvolver ações de controle da esquistossomose na sua área? () Sim () Não.
Porque?

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Quais as principais reclamações que você gostaria de fazer sobre o desenvolvimento de ações de controle da esquistossomose na sua área? _____

APÊNDICE L - Questionário para determinação do Contexto Político – entrevista com o Profissional de Nível Superior

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Unidade: _____ Data: ____/____/____

1.2 Localização: () Zona Urbana () Zona Rural

1.3 Hora de início da entrevista: _____

2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Profissional que respondeu ao questionário: () médico () enfermeiro

2.2 Telefone de contato: _____ - _____

2.3 Trabalha na unidade há quanto tempo:

2.4 É efetivo? () não () sim

2.5 Tem formação em saúde pública? () não () sim Qual curso? _____ -

3 CONHECIMENTOS

3.1 Já houve inquéritos coprocópicos (realização de exames de fezes em toda a população) na sua área?

() Não

() Sim; quando foi? _____

() Não sei

3.2 Há casos graves de esquistossomose na sua área?

() Não

() Sim; que tipo de casos: _____

() Não sei.

3.3 Você conhece *como se transmite* a esquistossomose?

() Não () Sim

Como? _____

3.4 Você conhece *o caramujo transmissor* da esquistossomose?

() Não () Sim

Como ele é? _____

3.5 Você acha que *sua área é endêmica* para esquistossomose? () Não () Sim

O que o leva a fazer esta afirmação?

3.6 Se a área for considerada endêmica, você sabe qual a prevalência? _____

3.7 Você já ouviu falar em *Programa de Controle da Esquistossomose*?

() Sim; () Não

4 HABILIDADES

4.1 Você já participou de alguma atividade de controle da esquistossomose juntamente com profissionais da vigilância visando ao controle da esquistossomose (exemplo: realização de exames de fezes em toda a população, tratamento dos doentes, etc.)?

() Não;

() Sim; o que foi feito?

4.2 Você acha importante se reunir com estes profissionais (agentes de endemias ou outros) para realizar ações de controle da esquistossomose?

() Não, porque acho que cada um deve fazer sua parte;

() Sim; porque? _____

3 ATITUDES

3.1 Você já chegou a se reunir com profissionais da vigilância em saúde (vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária) para planejar e avaliar ações?

() Não

() Sim; o que foi discutido: _____

3.2 Você já realizou alguma (s) atividade(s) que, na sua opinião, contribuiu para favorecer o controle da esquistossomose na sua área?

() Não

() Sim; que tipo de atividade: _____

APÊNDICE M - Questionário para determinação do Contexto Estrutural (atributos do secretário) – entrevista com o Secretário de Saúde

1. Atributos do secretário:

a) Você tem nível superior? () Sim () Não

Qual sua formação? _____

b) Tem pós-graduação em saúde pública ou áreas afins? () Sim () Não

Qual sua formação? _____

c) Você já recebeu algum treinamento sobre/ tem especialização em planejamento/ gestão?

() Sim () Não

Qual? _____

d) Você já recebeu algum treinamento (GERES, SES, etc.) onde fosse enfatizado o *planejamento de ações* de controle da esquistossomose?

() Sim () Não

Qual foi o treinamento, onde e quando ocorreu? _____

2. Atenção prestada à inovação:

a) Você sempre investe na formação dos técnicos?

() Sim () Não

Porque? _____

b) Você acha necessário fazer mais exames do que o preconizado pela SES ou considera o número proposto suficiente?

() Sim () Não

Porque? _____

3. Orientação cosmopolita ou local:

a) Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose juntamente com outras secretarias (obras, cidades, etc)?

() Sim () Não

Porque? _____

b) O assunto esquistossomose já foi discutido no conselho municipal de saúde?

() Sim () Não

Porque? _____

APÊNDICE N - Questionário para determinação do Contexto Estrutural (atributos do coordenador) – entrevista com o Coordenador do PCE

a. Atributos do coordenador

a) Você tem nível superior? () Sim () Não

Qual sua formação? _____

b) Tem pós-graduação em saúde pública ou áreas afins? () Sim () Não

Qual sua formação? _____

c) Você tem experiência prévia com controle da esquistossomose?

() Sim () Não

Qual? _____

d) Você é da FUNASA? () Sim () Não

Você acha que o fato de você ser da FUNASA atrapalha o seu trabalho hoje, no município? () Sim () Não

Porque? _____

e) Você já recebeu algum treinamento (GERES, SES, etc.) onde fosse enfatizado o *planejamento de ações* de controle da esquistossomose?

() Sim () Não

Qual foi o treinamento, onde e quando ocorreu? _____

b. Atenção prestada à inovação

a) Você acha necessário fazer mais exames do que o preconizado pela SES ou considera o número proposto suficiente?

() Sim () Não

Porque? _____

b) Você normalmente procura trabalhar localidades novas ou trabalha, preferencialmente, aquelas onde já se sabe que a prevalência da esquistossomose é alta e, por isso, precisa da intervenção?

() Sim () Não

Porque? _____

c) O secretário sempre investe na sua formação?

() Sim () Não

Porque? _____

c. Orientação cosmopolita ou local

a) Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose juntamente com outras secretarias (obras, cidades, etc)? () Sim () Não

Porque? _____

b) O assunto esquistossomose já foi discutido no conselho municipal de saúde?

APÊNDICE P – Questionário para determinação do Contexto Estrutural

APÊNDICE O - Questionário para determinação do Contexto Estrutural (atributos organizacionais) – entrevista com o Coordenador do PCE

CONTEXTO ESTRUTURAL - ATRIBUTOS ORGANIZACIONAIS Entrevista com o Coordenador do PCE

1. Centralização:

a) A tomada de decisão é centralizada na pessoa do secretário? () Sim () Não

Porque? _____

b) O planejamento das ações/ construção do plano de saúde se dá de forma que todos os envolvidos diretamente no controle da esquistossomose (ASA, coordenador e secretário) participem? () Sim () Não

Porque? _____

c) Como você avalia sua autonomia em tomar decisões dentro da secretaria de saúde?

() Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima

2. Formalização:

a) As ações de controle da esquistossomose são contempladas no Plano Municipal de Saúde?

() Sim () Não

Porque? _____

Em relação ainda às ações de controle, o plano municipal de saúde contempla, pelo menos, cinco componentes do PCE propostos pelo guia? () Sim () Não

Cite: _____

b) Há uma coordenação do PCE dentro do organograma da SMS? () Sim () Não

Porque? _____

c) Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose além daquelas previstas no guia, e que, na opinião do coordenador, se aplicam melhor à realidade do município? () Sim () Não

Porque? _____

3. cultura de planejamento, monitoramento e avaliação

a) Há um monitoramento das ações de controle da esquistossomose? () Sim () Não

Como é feito? _____

b) Há avaliação periódica das atividades de controle? () Sim () Não

Como é feito? _____

4. Nível de especialização:

a) Os seguintes profissionais têm treinamento na sua área específica: laboratorista, auxiliar de laboratório, médicos, enfermeiros, ASA, ACS, coordenador. () Sim () Não

(OBS: pegar dados nos outros questionários)

5. Tamanho:

a) O município realiza integralmente as ações de controle ou necessita de apoio de outras instâncias? (autonomia técnico-gerencial (programa descentralizado). () Sim () Não

Porque? _____

b) O município é integralmente responsável por adquirir os insumos necessários para realização de exames coprocópicos ou recebe material da GERES/ SES (autonomia financeira)? () Sim () Não

Porque? _____

APÊNDICE P – Roteiro para determinação do Contexto Estrutural - Observação do ambiente de trabalho

OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO - Determinação do Contexto Estrutural (atributos organizacionais) -

MECANISMO DE COORDENAÇÃO

1. Disponibilidade de instrumentos normativos () sim () não

PARÂMETROS ORGANIZACIONAIS BÁSICOS

2. Plano municipal de saúde contempla ações integrais () sim () não
3. Organograma contempla coordenação () sim () não
4. Município cumpre as metas (cobertura exames e tratamento) () sim () não
5. Existência de instrumentos de gestão elaborados pela equipe () sim () não

FATORES CONTINGENCIAIS

6. Tempo de implantação da equipe adequado () sim () não
7. Suficiência de insumos e recursos () sim () não