



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MODELO RÁPIDO DE AVALIAÇÃO: ESTUDO DE CASO DA
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DE EPIDEMIOLOGIA E
CONTROLE DE DOENÇAS EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO.

Rita de Cassia Galhardo de Mello

Orientadora: **Sonia Natal**

Rio de Janeiro
Mai de 2006



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MODELO RÁPIDO DE AVALIAÇÃO: ESTUDO DE CASO DA
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DE EPIDEMIOLOGIA E
CONTROLE DE DOENÇAS EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO.

Rita de Cassia Galhardo de Mello

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Vigilância em
Saúde.

Orientadora: **Sonia Natal**

Maio de 2006

**MODELO RÁPIDO DE AVALIAÇÃO: ESTUDO DE CASO DA
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DE EPIDEMIOLOGIA E
CONTROLE DE DOENÇAS EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO.**

Dissertação submetida à coordenação do curso de pós-graduação *strito sensu* (Vigilância em Saúde) da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Vigilância em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Elizabeth Moreira

Dr. Eduardo Hage

Ficha Catalográfica

Mello, Rita de Cassia Galhardo

Estudo de caso da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças em municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Mestre em Vigilância em Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro, 2006

1.PPI-ECD 2. Estudo de caso 3.Avaliação 4. Dengue 5.Descentralização 6.REM

AGRADECIMENTOS

- A Dra. Sonia Natal pela orientação, apoio e pelos momentos enriquecedores de discussões que foram essenciais para que esta dissertação fosse realizada.
- Ao Dr. Fabiano Geraldo Pimenta Júnior, Diretor Técnico de Gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde, pelo apoio e incentivo.
- Aos gestores, técnicos e usuários dos municípios escolhidos por terem contribuído e permitidos a aplicação do roteiro de entrevistas.
- A Maria Christina de Almeida Gomes dos Santos pela paciência e amizade.
- Aos colegas do mestrado profissional pela convivência, principalmente a Claudia Ferro pelo incentivo e Márcia Caneca pela carona e amizade.
- Aos técnicos do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro pela colaboração no fornecimento dos dados e por ter cedido um técnico para me acompanhar aos municípios.
- Aos colegas da FUNASA pelo apoio logístico e amizade.
- Ao Senhor Milton Araújo, técnico da FUNASA cedido a SES/RJ, pelo auxílio na execução das entrevistas e pela amizade.
- E, em especial aos meus pais e toda família, pela compreensão, amor e carinho.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	viii
Lista de Quadros e Tabelas	
ix	
Lista de Siglas	xi
Resumo	1
Abstract	3
1 – Introdução	5
2 – Justificativa	9
3 – Referencial Teórico	10
3.1 – PPI-ECD	10
3.2 – Condição Traçadora	
	15
3.3 – Dengue	15
3.4 – Avaliação	21
3.5 – Estudo de Caso	
	24
3.6 - Modelos Rápido de Avaliação	26
3.6.1 – Modelo Rápido de Avaliação – REM (<i>Rapid Evaluation Method</i>)	
	26
3.6.2 – Aplicação do REM em Saúde Pública na área de programas de controle de endemias	
	28
3.6.3 – Principais estudos de avaliação do programa de controle da dengue, no Brasil, nos últimos 10 anos	30

3.6 – Pressuposto Teórico	31
4 – Objetivos	32
4.1 – Geral	32
4.2 – Específicos	32
5 – Metodologia	33
5.1 – Desenho do estudo	33
5.2 – Área de estudo	35
5.3 – Matriz do REM	36
5.4 – Tipos de Coletas de dados	38
5.4.1 – Tipos de Coleta e Fontes de Evidências	38
5.4.2 – Variáveis do estudo	39
5.5 – Análise dos dados	44
5.6 – Considerações Éticas	46
6 – Resultado	47
7 – Discussão	59
8 – Considerações Finais	67
8.1 – Limitação do estudo	67

9 – Referências	69
Anexos	
Anexo I – Roteiros de Entrevista aplicados aos informantes-chave e usuários	73
Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
Anexo III – Matriz do REM	85
Anexo IV – Quadro 11	88
Anexo V –Tabela 2 e 3	91
Anexo VI - Portaria MS nº 1.399	92

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição de <i>Aedes aegypti</i> por Unidade Federada e municípios – Brasil – 2003	17
Figura 2 – Modelo lógico para implantação das ações de controle da Dengue	20
Figura 3 - Modelo lógico para implantação do programa	23
Figura 4 – Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Etapas do Estudo de Caso	34
Figura 5 – Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Resultado do Contexto Externo, subdimensões, indicadores e pontos observados, dos dois casos municipais	49
Figura 6 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Resultado do Contexto Político-Organizacional, subdimensões, indicadores e pontos observados dos dois casos municipais	53

Figura 7 – Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Resultado da Dimensão Implementação, subdimensões, indicadores e pontos observados, dos dois casos municipais	53
Figura 8 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Resultado da Dimensão Efetividade, subdimensões, indicadores e pontos observados, dos dois casos municipais	53
Figura 9 – Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Incidência acumulada e taxa de letalidade de dengue, nos dois casos municipais, de 1999 a 2005	54
Figura 10 – Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Índice de Infestação Predial e Índice de <i>Breteau</i>, nos dois casos municipais, no período de 1999 a 2003	55
Figura 11 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Resultado das Dimensões: Contexto Externo, Contexto Político-Organizacional, Implementação e Efetividade, dos dois casos municipais	57
Figura 12 – Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro⁶. Percentual da ação de dengue cumprida em relação à pactuada na PPI-ECD dos dois casos municipais, no período de 2000 a 2003	58

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Competências da União nas ações da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças	13
Quadro 2: Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Competências dos Estados nas ações de Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças	13
Quadro 3 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Competências dos Municípios nas ações de Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças	14

Quadro 4 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Estrutura básica de avaliação do programa de controle de doenças transmissíveis	19
Quadro 5 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Estudos de Avaliação do Programa de Controle da Dengue, no Brasil	31
Quadro 6 - Classificação da gestão municipal, segundo a SES/RJ, 2002	35
Quadro 7 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Matriz do REM - Contexto Externo, Contexto Político-Organizacional, Implementação e Efetividade	37
Quadro 8 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Matriz do REM - Implementação	86
Quadro 9 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Matriz do REM - Efetividade	87
Quadro 10 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Pontuação máxima dos critérios e indicadores utilizados na Matriz de Resultados, nos dois casos municipais	41
Quadro 11 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Indicadores sociodemográfico, saneamento e de saúde dos casos municipais Matriz de Resultado da Intervenção	44
Quadro 12 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Matriz de Resultado da Intervenção	88
Tabela 1 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue, no Rio de Janeiro. Matriz de Resultado da Intervenção: Distribuição dos níveis/dimensões, subdimensões e a pontuação observada, nos dois casos municipais	48
Tabela 2 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue. Incidência acumulada e taxa de letalidades de dengue, nos anos de 1999 a 2005, em dois municípios do estado do Rio de Janeiro	91
Tabela 3 - Avaliação da PPI-ECD, ação de dengue. Média anual dos índices de infestação predial e de <i>Breteau</i> , , nos dois casos municipais, no período de 1999 a 2003	91

Lista de Siglas

CONASS - Colegiado de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ECD - Epidemiologia e Controle de Doenças

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FES - Fundos Estaduais de Saúde
FMS - Fundos Municipais de Saúde
IB - Índice de *Breteau*
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IIP - Índice de Infestação Predial
IEC - Informação, Educação e Comunicação
MS - Ministério da Saúde
NOBs - Normas Operacionais Básicas
OMS - Organização Mundial de Saúde
PEAa - Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*
PIB - Produto Interno Bruto
PNCD - Programa Nacional de Controle da Dengue
PNUD - Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento
PPI-ECD - Programação Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
RAP - Rapid Assessment Procedure
RARE - Rapid Assessment Response and Evaluation
REA - Rapid Epidemiologic Assessment
REM - Rapid Evaluation Method
RRA - Rapid Rural Appraisal
RAC - Research Action Capacity-building
SES - Secretarias Estaduais de Saúde
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
SISFAD - Sistema de Informação Febre Amarela e Dengue
SAI - Sistema de Informação Ambulatorial
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
TFECD - Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças

RESUMO

O presente trabalho é um estudo de caso múltiplo utilizando-se como condição traçadora a ação de controle da dengue acordada na PPI-ECD, promulgada em 1999, que constitui em um instrumento de compromissos pertinentes a área de ECD, assumidos entre o Ministério da Saúde e os demais gestores do SUS. A PPI-ECD contempla um conjunto de atividades, metas e recursos financeiros pactuados entre as três instâncias federativas. O objetivo deste trabalho é avaliar o processo de implantação da descentralização das ações de ECD em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2005. O método adotado foi o *Rapid Evaluation Method* que possibilita a combinação de abordagens quanti-qualitativas, a coleta e avaliação por evidências, a identificação de intervenções eficazes e não custosas que sejam factíveis e de aplicação imediata. O REM é desenvolvido para ser realizado rapidamente, fornecendo informações confiáveis para o desempenho dos serviços de saúde. Construiu-se uma matriz que permite observar a intervenção avaliada com diversas dimensões, critérios e indicadores, fontes e métodos de coleta de dados. A seleção dos casos municipais foi feita através de critérios pré-estabelecidos. Os dados primários foram coletados por meio de: a) entrevistas aplicadas aos informantes-chaves e usuários do SUS; b) observações, e c) dados secundários coletados na SES/RJ. O modelo empregado permitiu avaliar a implantação da PPI-ECD em dois municípios, que foi considerada parcial, pois o indicador utilizado não traduz os riscos que a população está submetida. Observam-se aspectos positivos: saneamento básico satisfatório com 80% de casas cobertas, conhecimento dos usuários sobre a prevenção e os sintomas da doença, e recursos humanos suficientes para a execução das ações. Os aspectos negativos compreendem: não há sustentabilidade das ações, não há autonomia político-financeira, há rotatividade dos gestores, a integração entre os setores da Secretaria Municipal de Saúde e outras secretarias municipais quando existe é de forma pontual e casuística, os recursos humanos concursados são em número insuficientes e os existentes possuem contratos temporários, a capacitação dos profissionais de saúde não é sistemática, não há ferramenta específica para monitorar as ações de controle da dengue e nem divulgação entre os profissionais, o plano municipal de gestão é incipiente e não há discussão técnica entre as áreas. Verificou-se que este modelo de avaliação apresenta utilidade, rapidez e reprodutibilidade, sendo de fácil aplicação e análise dos dados para responder questões locais. A vantagem da implantação da PPI-ECD é o gerenciamento das ações

conforme a realidade local, e a desvantagem é o recurso financeiro estar centralizado na Prefeitura.

ABSTRACT

The present paper is a multiple case-study that uses as delianer the goals related to dengue fever control agreed at the PPI-ECD, promulgated in 1999 and consisting of a series of commitments in the area of Epidemiology and Disease Control undertaken between the Ministry of Health and the other managers of the Brazilian Health System (SUS). The PPI-ECD covers a series of activities, goals and financial resources that have been agreed between the three federal instances. The objective of this work is to assess the decentralization process of the ECD's actions in two municipalities of the State of Rio de Janeiro. As methodology, we used *Rapid Evaluation Method* (REM) as they permit the combination of quantitative and qualitative approaches, the collection and evaluation of evidence, the identification of efficient and inexpensive interventions able to be applied immediately. This method has been developed to be quickly carried out and to provide trustworthy information for the health services. A matrix has been built that permits the observation of the intervention area with various dimensions, criteria, indicators, and sources and methods for the collection of data. The selection of the municipal cases obeyed pre-established criteria. The primary data were collected in interviews made with the key actors and users and through observation. And secondary data were collected in SES/RJ. The model allowed us to assess the implantation of the PPI-ECD in the two municipalities, wich was considered partial because the indicator used did not reflect the risk the population is submited facing. Some positive aspects were observed: users' knowledge of prevention methods and symptoms of the illness and sufficient human resources for the execution of the actions. However, these actions are not sustainable. And the negative aspects: the actions are not sustainable, there is no political-financial autonomy, there is a high turnover of managers, the integration between the sections of the Municipal Health Secretaria and the other municipal secretariats - when it exists - is done in a circumstantial and casuistic way, the number of human resources that have been recruited through official exams is insufficient and those actually working tend to be under temporary contracts, there is no specific instrument to monitor the actions on dengue fever control, the municipal management plans are at a very early stage and there is no technical discussion between the various areas. We observed that this evaluation model is useful, quick and easily reproduced. It is particularly useful for dealing with local issues because both the data collection and the data analysis are easy to do. The advantage of the PPI-ECD implantation is that the

actions will be managed according to the local reality. Its disadvantage is that its financial resources are centralized in the mayor.

1 - INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro vem sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais.

No século XX, o sistema de saúde transitou do modelo sanitarismo campanhista (início do século até a metade da década de 60) para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final da década de 80, ao sistema vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS).¹

O SUS instituído pela Constituição Federal de 1988 concretizou as discussões do Movimento Sanitário Brasileiro, e seus princípios e diretrizes foram regulamentadas pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que regulam, fiscalizam e controlam as ações e serviços de saúde das esferas federal, estaduais e municipais e do Distrito Federal.

Os princípios do SUS são: universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção.¹

A descentralização político-administrativa é uma estratégia para diminuir as distâncias administrativas e remover barreiras burocráticas, prevenindo o desperdício e a erosão de recursos e viabilizar a implantação do SUS.²

*“O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado”.*³

O SUS tem a sua direção exercida nas três instâncias federativas: no âmbito federal pelo Ministério da Saúde (MS); no âmbito estadual pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e no âmbito municipal pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Como mecanismos decisórios compartilhados, atuam, no âmbito nacional a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde e das SES e SMS, e no âmbito estadual a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde.^a

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) - criadas em 1991, 1993 e 1996, estabelecem mecanismos de repasse financeiro com o intuito de subsidiar a descentralização de ações de saúde como pré-requisito para que as esferas do governo recebam de forma regular e automática os recursos financeiros e classifiquem essas instâncias conforme seu nível de capacidade de gestão do sistema de saúde local.

O financiamento do SUS provém de recursos orçamentários das três instâncias federativas que devem ser depositados diretamente em contas específicas, os fundos de saúde: Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Fundos Municipais de Saúde (FMS).¹

Neste contexto, a área assistencial adequou-se para viabilizar o processo de descentralização, mas a área de epidemiologia e controle de doenças – ECD, continuava com grande parte de suas ações executadas pela instância federal, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Durante a década de 90 várias tentativas de consolidar a descentralização das ações de ECD com publicação de decretos e portarias definindo as diretrizes a serem implementadas, sendo finalmente concretizada em 1999.

^{aa} E em cada esfera de governo existem organismos colegiados de controle social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde – nacional, estadual e municipal são órgãos permanentes e deliberativos, compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviço e dos usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Uma série de discussões, para descentralizar as ações de epidemiologia e controle de doenças, envolvendo o Ministério da Saúde, a FUNASA, a CIT, Colegiado de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), viabilizou a aprovação das responsabilidades e requisitos na área de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD).

Com este propósito foi promulgada a publicação da Portaria M.S. nº 1.399 (Anexo IV), em 15 de dezembro de 1999 ⁴, que finalmente regulamentou a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de ECD, aprovando a Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) e definindo toda a sistemática de financiamento, em vigência até 14 de junho de 2004.

A descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças tem como objetivo central permitir que o nível local atue com mais agilidade na identificação de determinantes e fatores de risco, o que garante a precocidade na tomada de decisões quanto às medidas de controle e redução dos danos, sobretudo em casos de surtos e epidemias. Esta destreza depende, também, da qualidade das informações produzidas e utilizadas, o que demanda investimento municipal no sistema de informação local.

Complementando a Portaria M.S. nº 1.399 foi publicada a Portaria S.E. /M.S. nº 950, de 23 de dezembro de 1999 ⁵, estabelecendo os tetos financeiros e contrapartida para todas as unidades da federação, para a execução das ações de ECD, definidos a partir do perfil epidemiológico e das dificuldades operacionais, em vigência até 28 de junho de 2004.

Como instrumento técnico gerencial, a Programação Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças - PPI-ECD pressupõe elaboração ascendente, acompanhamento

sistemático e avaliação de resultados, visando dimensionar a efetividade das ações desenvolvidas.

2 - JUSTIFICATIVA

A pactuação das metas não é uma formalidade burocrática, devendo refletir o real interesse e compromisso com a estruturação da área de epidemiologia e controle de doenças nos municípios e unidades federadas.

O gestor, ao trabalhar com os dados de sua realidade local estabelece metas de melhoria dos indicadores a cada ano e reafirma seu compromisso com a integralidade das ações em saúde.

Faz-se necessário adotar na rotina dos serviços de saúde pública ferramentas para o monitoramento e avaliação na área de ECD.

Verifica-se a escassa aplicação do que preconiza a Portaria M.S. nº 1.399, no que diz respeito ao acompanhamento das ações pactuadas: “As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD, serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais estabelecidos pela FUNASA”.⁴

Para contribuir com a descentralização das ações de ECD, este trabalho propõe a aplicação de um modelo rápido para avaliar o processo de implantação da PPI-ECD, utilizando uma única ação como condição traçadora, no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2003.

A ação da PPI-ECD selecionada para este estudo integra a do bloco da vigilância ambiental – fatores biológicos: realizar identificação e eliminação de focos e criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Esta escolha deve-se a várias questões: a) por estar relacionado à dengue, que é uma doença de relevância nacional e estadual, sendo seu controle prioridade de governo; b) pelo fato de ser um indicador que não sofreu nenhuma modificação durante o período proposto neste estudo e c) pela experiência no serviço ao longo dos últimos 15 anos.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - PPI-ECD

A Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças - PPI-ECD é um instrumento que serve para que os compromissos assumidos entre o Ministério da Saúde e os demais gestores do SUS, Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, na área de ECD sejam objeto de efetiva programação e responsabilização de cada nível (municipal e estadual) na execução das ações, garantindo um maior acesso da população aos serviços de saúde.

A instância federal, inicialmente por meio da FUNASA e após 2003 por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, define anualmente as metas e ações de prevenção e controle de doenças a serem desenvolvidas por todas as unidades federadas e municípios. Tem-se como base fundamental à análise da situação epidemiológica de cada doença, respeitando as especificidades de cada região do país. ⁶

O Ministério da Saúde desenvolve discussões com representantes dos estados e municípios para definir ou revisar as ações e as metas a serem pactuadas na PPI-ECD.

A PPI-ECD é um conjunto de atividades e de metas pactuadas entre as três esferas do governo, agrupadas em blocos: ⁶

I – notificação;

II – investigação epidemiológica;

III-diagnóstico laboratorial de confirmação de doença de notificação compulsória;
Quadro 1: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue. Competências da União nas ações da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças.
 IV – vigilância ambiental/fatores não-biológicos;

<p>1.coordenação nacional das ações de ECD 2.execução das ações de ECD de forma complementar e suplementar à atuação dos estados 3.definição das atividades e parâmetros da PPI-ECD 4.normalização da vigilância de hospedeiros e reservatórios; 5.provimento de insumos estratégicos: imunobiológicos, inseticidas e kits diagnósticos 6.participação no financiamento das ações de ECD 7. divulgação de informações e análises epidemiológicas 8. fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos 9.assessoramento às SESs e SMSs na elaboração da PPI-ECD 10.fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de ECD programadas</p>
--

Fonte: Portaria MS 1.399/99

IX – divulgação de informações epidemiológicas;

X – elaboração de estudos e pesquisa em epidemiologia;

XI – alimentação de sistemas de informação;

XII – educação em saúde e mobilização social; e

XIII – supervisão.

O processo de pactuação inicia-se no estado com a discussão técnica das metas e ações propostas pela FUNASA. À análise detalhada de cada ação/meta pelo corpo técnico das Secretarias de Estado de Saúde, assim como a viabilidade técnica de cumpri-las são fundamentais, já que esta discussão preliminar subsidiará os municípios na incorporação da importância da realização das ações.

Após esta etapa, os municípios e o COSEMS são convocados para apresentação das planilhas e ações propostas.

Esta fase do processo de pactuação é essencialmente técnica, e mais laboriosa, pois pressupõe uma discussão minuciosa de cada ação, para que a quantificação das metas acordadas aproxime-se o mais possível, de um acordo factível.

Depois o pacto é encaminhado para análise e aprovação da CIB, fórum que referenda o compromisso assumido pelos gestores, e finalmente para a CIT para ratificá-la.

Os recursos financeiros da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Para ter acesso aos recursos do TFECD, os estados e municípios precisam solicitar uma habilitação específica, demonstrando ter capacidade de assumir os papéis definidos pela gestão descentralizada. Fazem parte desse teto valores per capita, por quilômetro quadrado, além de um valor fixo por habitante para municípios com incentivo à assunção das ações descentralizadas. Esses recursos não discriminam elemento de despesa nem rubrica de aplicação e são utilizados para o alcance das metas acordadas na PPI-ECD.⁵

As condições necessárias para a certificação dos Estados, Distrito Federal, e dos municípios já habilitados em alguma forma de gestão do sistema municipal de saúde e para assumir a gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças são:⁴

- formalização do pleito pelo gestor do SUS;
- comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD;
- comprovação de abertura de conta específica para o depósito dos recursos financeiros destinados ao TFECD.

Os quadros abaixo demonstram algumas competências de cada esfera de governo, de acordo com a Portaria MS nº 1.399, destacando-se os principais contextos: organizacional (gestão, coordenação, financiamento) e externo (intersectorialidade).⁴

O quadro 1 mostra as principais competências do MS, por intermédio da FUNASA, a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, no âmbito nacional.

O quadro 2 mostra as principais competências das SES a gestão do componente estadual do Sistema de Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.

Quadro 2: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue. Competências dos Estados nas ações de Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle 2.execução das ações de ECD de forma complementar e suplementar à atuação dos municípios 3.execução das ações de ECD em municípios não certificados na PPI-ECD 4.definição em conjunto com os gestores municipais na CIB, as ações de ECD em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA 5.provimento de insumos estratégicos:equipamento de proteção individual (EPI), seringas, agulhas 6.participação no financiamento das ações de ECD 7.divulgação de informações e análises epidemiológicas 8.capacitação de recursos humanos 9.fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de ECD programadas |
|--|

Fonte: Portaria MS 1.399/99

O quadro 3 mostra as principais competências das SMS a gestão do componente municipal do Sistema de Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.

Quadro 3:Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue. Competências dos Municípios nas ações de Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados 2.investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas 3.participação no financiamento das ações de ECD 4. divulgação de informações e análises epidemiológicas 5.capacitação de recursos humanos 6.participação em conjunto com os demais gestores municipais e SES, na CIB, na definição da PPI-ECD para a área de ECD em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA. |
|--|

Fonte: Portaria MS 1.399/99

A prestação de contas da PPI-ECD é realizada pelos municípios e estados por intermédio de Relatório de Gestão, que deve ser entendido como um verdadeiro processo participativo de avaliação e objeto de ampla discussão pelos Conselhos Estaduais e Municipais e da CIB.

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no Ministério da Saúde, em 2003, todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças

anteriormente realizadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) da FUNASA, passaram para o novo órgão.

Portanto, a partir de 15 de junho de 2004, a PPI-ECD passou a ser Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS, com a publicação da Portaria MS nº. 1.172 ⁷, com a inclusão das ações básicas de vigilância sanitária. Entretanto esta migração não acarretou em mudanças no que se refere às competências das três instâncias federativas.

3.2 – Condição Traçadora

Entende-se por condição traçadora, método desenvolvido por Kessner e colaboradores (1973), citado por Penna ⁸, uma técnica para avaliar os diferentes serviços de saúde recebidos pela população. Utiliza problemas específicos de saúde na obtenção de dados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, mensura o processo e o resultado.

Ao eleger uma condição traçadora, sob a forma de programa é necessário formar consensos sobre técnicas de intervenção, como também os recursos mínimos disponíveis nos diversos níveis do sistema de saúde. ⁸

Os requisitos básicos para um traçador são: ter um impacto funcional definido, ter a taxa de incidência/prevalência alta da doença ou agravo objeto da ação para permitir a coleta de dados adequados, os efeitos dos fatores não relacionados ao serviço

de saúde devem ser conhecidos e os procedimentos devem ser bem definidos em pelo menos um destes: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação.⁸

3.3 – Dengue

A ação da PPI-ECD escolhida para este trabalho é referente ao controle da dengue e foi utilizada como condição traçadora para o estudo de caso municipal.

A dengue é uma doença febril aguda, cujo agente etiológico é um vírus do gênero Flavivírus, com quatro sorotipos conhecidos: DEN –1, DEN - 2, DEN - 3 e DEN – 4. As manifestações clínicas variam de uma síndrome viral inespecífica e benigna até um quadro grave e fatal de doença hemorrágica com choque.

Atualmente é a mais importante arbovirose que afeta o ser humano no mundo, e tem se destacado entre as doenças re-emergentes. Tem sido nas últimas décadas uma preocupação mundial, particularmente em países de clima tropical, como o Brasil, onde a temperatura e a umidade do ar favorecem a proliferação do mosquito vetor - *Aedes aegypti*.⁹

O controle da dengue não vem tendo êxito nos continentes afetados pela doença, em função de não existir uma vacina disponível para ser aplicada na população e nem medicamentos antivirais capazes de reduzir a viremia. Portanto, as intervenções encontram-se direcionadas para a eliminação do vetor desta enfermidade.¹⁰

Tanto o *Aedes aegypti* quanto o *Aedes albopictus* são importantes vetores, mas o *Aedes aegypti* continua sendo o único vetor incriminado na transmissão humana do vírus causador da dengue no Brasil. Estudos confirmaram a capacidade do *Aedes aegypti* de se infectar com o vírus da dengue e da febre amarela. Já o *Aedes albopictus* tem sua importância como transmissor da dengue no continente asiático.¹⁰

A transmissão se faz pela picada das fêmeas do *Aedes aegypti*, que tem hábitos domiciliares, com atividade hematofágica diurna. As fêmeas são dotadas de certo ecletismo em relação à fonte sanguínea para alimentação, mas o homem é sua principal vítima. Essas possuem certa habilidade para escapar de serem mortas, são bastante ariscas, com isto uma única fêmea pode sugar mais de uma pessoa, que contribui para a rápida disseminação da doença. ¹¹

O *Aedes aegypti* tem grande capacidade de adaptação a diferentes condições ambientais favoráveis, como a urbanização acelerada com deficiências de abastecimento de água e de limpeza urbana, e a intensa utilização de materiais não biodegradáveis (recipientes de plástico e vidro). Os mosquitos utilizam depósitos artificiais de água limpa e parada para depositar os seus ovos. ⁹

Os ovos que uma fêmea de mosquito depositou no verão passado podem permanecer latentes até a chegada das chuvas no verão seguinte, sendo esse fenômeno chamado de diapausa (suspensão temporária da eclosão). Esses podem resistir à dessecação até 450 dias, facilitando o seu transporte de um local para outro, mesmo em longas distâncias, o que é um dos obstáculos para o seu controle. ¹¹

Desde a sua reintrodução em 1976, no Brasil, as condições sócio-ambientais favoráveis ao vetor possibilitaram a sua propagação para mais de 3.794 municípios em 2003 (Figura 3). ¹²

Figura 1: Distribuição de *Aedes aegypti* por Unidade Federada e municípios - Brasil – 2003.



O último pico epidêmico ocorreu em 2002, em decorrência da introdução do DEN-3, tendo sido registrados 794 mil casos, a maioria deles no estado do Rio de Janeiro. Nos anos seguintes, a dispersão do DEN-3 para os demais estados do país proporcionou o surgimento de surtos e epidemias, mas sem atingir os níveis de 2002.¹³

Os casos de dengue ocorrem principalmente entre os meses de janeiro e maio, pelas condições climáticas favoráveis ao mosquito *Aedes aegypti*.

Em 1996, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), e durante o processo de implantação desse Plano observou-se à inviabilidade técnica da erradicação do mosquito vetor da dengue, a curto e médio prazo. O PEAa, mesmo não atingindo os seus objetivos, teve méritos ao propor a necessidade de atuação multissetorial e prever um modelo descentralizado de combate à doença, com a participação das três instâncias de governo.¹⁴

Os resultados obtidos no Brasil e o próprio cenário internacional, onde inexistem histórias de uma política de erradicação do vetor em curto prazo, levaram o Ministério da Saúde a elaborar um novo programa de controle da dengue.

Em 2002, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que incorpora experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, enfatizando a necessidade de mudanças no modelo anterior. Os objetivos desse programa são a redução de infestação do *Aedes aegypti* (prevenção do caso), a redução da incidência de dengue e a redução da letalidade por febre hemorrágica de dengue (manejo do caso).¹⁴

O quadro 4 sumariza as dimensões estratégicas e os componentes técnico-estruturais do programa de controle de doenças transmissíveis, que são: vigilância epidemiológica (notificação e investigação dos casos), vigilância ambiental com enfoque no controle do vetor, assistência (diagnóstico clínico e laboratorial) e a prevenção.

Quadro 4: Estrutura básica de avaliação do programa de controle de doenças transmissíveis.

Dimensões Estratégicas	COMPONENTES				
	Vigilância		Assistência		Prevenção
	Epidemiológica	Ambiental	Clínica	Laboratorial	IEC
Interrupção da transmissão					
Manejo de caso					
Promoção da vida com qualidade					

Fonte: Santos EM, 2005.¹⁸

Os indicadores utilizados para cumprir com os objetivos do programa são:

1 – Índice de infestação predial (IIP) – nº de imóveis com a presença de *Aedes aegypti*/nº de imóveis visitados x 100;

2 – Incidência de dengue – nº de casos de dengue no ano/total da população;

3 – Taxa de letalidade por dengue hemorrágica – nº de óbitos por dengue/total de doentes por dengue x 100.

O PNCD focalizou as ações em municípios considerados prioritários, definidos:

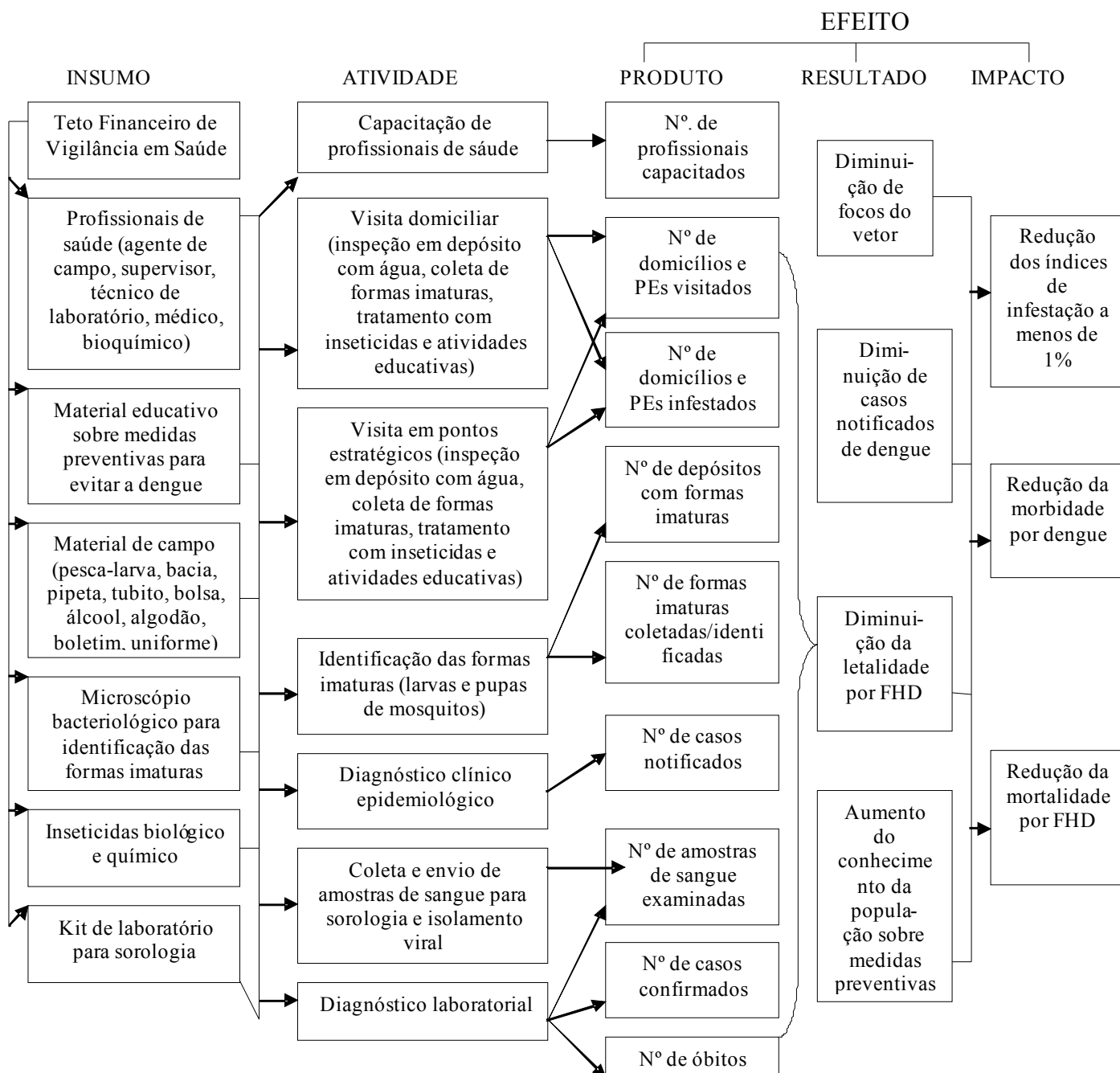
1 – Capital de estado e sua região metropolitana;

2 – Município com população igual ou superior s 50.000 habitantes;

3 – Municípios receptivos à introdução de novos sorotipos de dengue (fronteiras, portuários, núcleos de turismo, etc).¹⁴

Baseado nos objetivos e indicadores do PNCD foi construído um modelo lógico, para as ações de controle da Dengue no âmbito municipal, e que subsidiou o modelo rápido de avaliação. (Figura 2)

Figura 2: Modelo lógico de implantação das ações de controle da Dengue



3.4 - Avaliação

A avaliação é uma atividade tão antiga, simples e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Os conceitos de avaliação são tantos, que se diz que cada avaliador define o seu.¹⁶

Um avaliador deve ser um técnico que saiba construir e utilizar os instrumentos que permitem mensurar os fatos estudados.

A avaliação deve ser pensada desde o momento do planejamento do programa, e executada de forma contínua ao longo de toda a sua implementação.

O mais importante é passar a idéia de que avaliação não é auditoria, mas “avaliar não é provar se houve sucesso ou fracasso, mas melhorar cada vez mais o programa”.¹⁵

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).¹⁶

A pesquisa avaliativa parte da formulação de perguntas ainda não respondidas na literatura especializada sobre as características das práticas sociais em geral ou em um contexto particular. As práticas que têm sido objeto de avaliação são os resultantes das ações sociais planejadas: políticas, programas e serviço de saúde.¹⁵

Essa pesquisa pode se decompor em seis tipos de análise, que são: análise estratégica, análise da intervenção, análise de produtividade, análise dos efeitos, análise de rendimento e análise de implantação. Deve ser freqüentemente confiada a avaliadores externos a intervenção.¹⁶

A análise de implantação ou implementação da avaliação tem uma estreita relação entre a intervenção e seus contextos.

Especifica também a variável independente em uma análise de efeito, definindo como atuam as variações no grau de implantação no impacto de uma intervenção. Visa documentar o grau de implantação da intervenção e das análises teóricas de estrutura e de conteúdo das intervenções.¹⁷

Existem três componentes da análise de implantação: análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção, análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos esperados e análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

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. Produz também efeitos variáveis entre os diferentes indicadores de impacto para medir as mudanças de uma intervenção.¹⁶

Para fins didáticos, cabe diferenciar o que se entende como monitoramento e avaliação. O monitoramento correlaciona-se ao acompanhamento sistemático sobre a diversidade dos serviços enquanto que a avaliação aplica-se ao julgamento sobre os serviços em um tempo estabelecido.¹⁵

Os desafios conceituais e metodológicos para a realização de uma avaliação na área da saúde estão distantes de serem esgotados. Cada vez mais é enfatizada a necessidade de uma permanente avaliação das intervenções, mesmo sabendo dos limites e dificuldades relacionadas à complexidade dos programas.

Os objetivos de uma avaliação são de quatro tipos:¹⁶

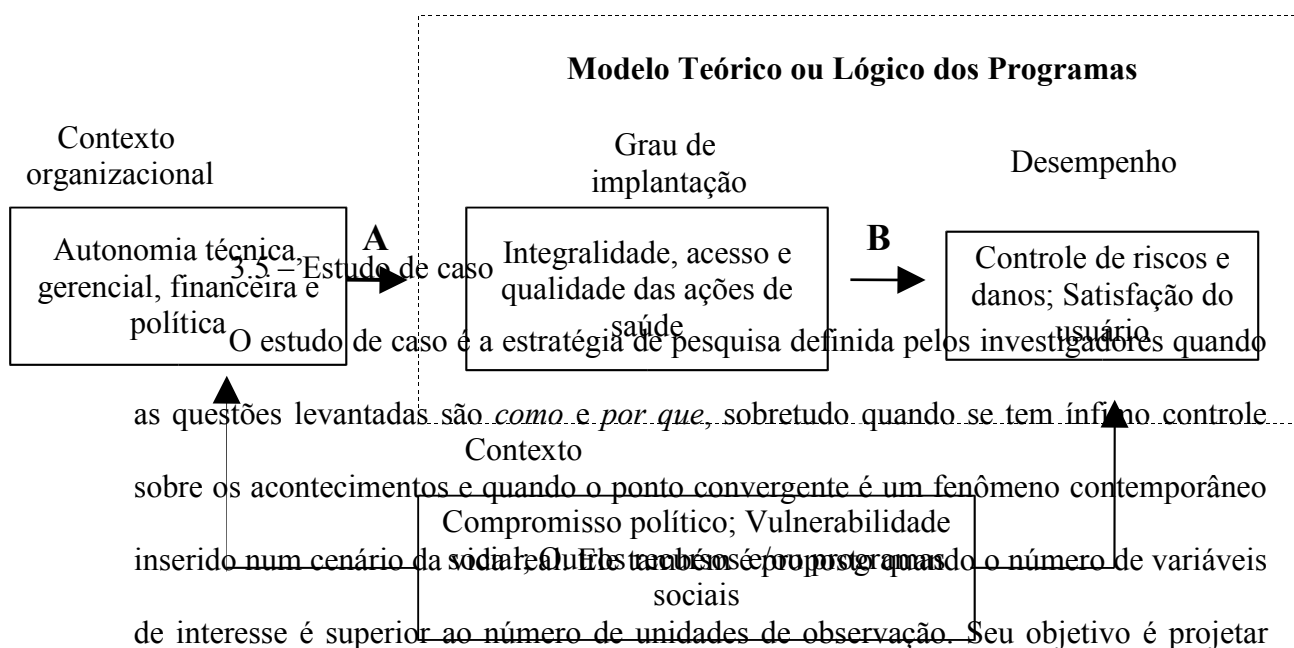
- Auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico)

- Prover informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo)
- Distinguir os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida (objetivo somativo)
- Colaborar para a evolução dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

A Figura 3 explicita de maneira esquematizada o modelo lógico para implantação de programa ou intervenção com as quatro dimensões a serem consideradas como resultante da relação entre o contexto externo, o contexto organizacional e o grau de implantação.

Figura 3: Modelo lógico para implantação do programa

Fonte: Santos EM et al, 2005 ¹⁸



bons estudos de caso e coletar, apresentar e analisar os dados de forma imparcial. Utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. ¹⁹

Cada estudo de caso deve estabelecer prioridades *do que* deve ser analisado e *por quê*. A vantagem desta estratégia é que o avaliador ou pesquisador pode decidir trabalhar sobre uma quantidade pequena de unidades de análises, pois a profundidade encontra-se na análise do caso e não no número.

A recomendação para conduzir uma análise de estudo de caso é ter uma estratégia analítica geral. Três estratégias foram descritas, baseando-se em proposições teóricas, explicações concorrentes e descrições de caso.

Essas estratégias podem ser aplicadas de cinco técnicas específicas: adequação ao padrão, construção da explanação, análise de séries temporais, modelos lógicos e síntese de casos cruzados.¹⁹

Estudo de caso, segundo Merriam “são descrições e análises intensivas de uma única unidade ou sistema circunscritos, como um indivíduo, programa, evento, grupo, intervenção, ou comunidade”.²⁰

O estudo de caso pode ser classificado em único ou múltiplo.

...o desenho de pesquisa com múltiplos estudos de caso é adequado para um exame em profundidade das políticas e dos processos de implementação das mesmas. Baseia-se no mesmo marco metodológico usado no estudo de um único caso, mas envolve a comparação de um ‘caso’ num determinado contexto com um outro ‘caso’ em um ou mais contextos adicionais...¹⁶

Neste caso exige duas etapas de análise: a análise interna e a análise cruzada dos casos. Na primeira, cada caso é tratado primeiramente, como uma unidade abrangente em si mesma, e os dados analisados e triangulados dentro da integridade desse caso.

Analisa-se, dentro de um caso, uma ou várias subunidades. Os vários níveis de análise acrescentam oportunidades que consolidam a duplicação desta aumentando o entendimento do caso. Esta análise é realizada no decurso da observação dos comportamentos e processos organizacionais em vários estágios. Define-se por esse tipo de estudo, quando as condições contextuais não se diferenciam do fenômeno de interesse, exigindo informações sobre ambos.¹⁵

No segundo caso a análise cruzada em estudos de casos múltiplos, objetiva os diversos níveis de explicação de um fenômeno, procurando desenvolver abstrações.

A validade interna de um estudo de caso depende de dois fatores: a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e adequação entre o modo de análise eleito e o modelo teórico.¹⁷

A validade interna e de construção pode ser fortalecida pelo uso de vários investigadores e fontes de evidências de múltiplas fontes de coleta de dados.¹⁹

Já a validade externa dos estudos de caso múltiplo estabelece o domínio ao qual os resultados de uma pesquisa podem ser generalizados usando a lógica da réplica. Entretanto, o recurso da réplica obriga a se considerar cada um dos casos como uma entidade única sujeita a uma análise particular e seqüencial.¹⁹

3.6 - Modelos rápido de avaliação.

3.6.1 - Modelo rápido de avaliação - REM – *Rapid Evaluation Method*, vem sendo aplicado em vários países, e em diversos assuntos, tais como: saneamento, suicídio, malária, epilepsia, diarreia, HIV/AIDS e abuso de substâncias. Esses modelos foram desenvolvidos para a área de antropologia e outras disciplinas, que visavam fornecer aos organismos nacionais e internacionais informações precisas para serem utilizadas em momentos de crise na área da saúde.²¹

O REM baseia-se na experiência acumulada através das atividades de avaliação de alguns programas e atividades da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a recomenda como uma ferramenta de avaliação, com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados, o desenvolvimento do programa e a participação da comunidade.

Este método incorpora as contribuições do Rapid Epidemiologic Assessment (REA) e do Rapid Assessment Procedure (RAP), constituindo uma mescla de abordagens quanti-qualitativas. Outras denominações para avaliação rápida e pronta resposta são utilizadas, o RARE (Rapid Assessment Response and Evaluation), RAC (Research Action Capacity-building), RRA (Rapid Rural Appraisal) e outros.²²

A metodologia é desenvolvida para ser realizada rapidamente, identificando intervenções eficazes e não custosas que sejam factíveis de uma aplicação imediata, realizadas com êxito e com sustentabilidade local.²²

Este método pode ser adaptado, adequando-se a qualquer população: grande ou pequena, urbana ou rural, homogênea ou diversificada, e quanto ao tamanho da amostragem, mescla de métodos utilizados e objetivos da pesquisa, de forma a atender melhores as necessidades e condições locais.²¹

Os princípios básicos do REM o tornam adequado para serem aplicados em qualquer local, onde gestores, profissionais responsáveis pela saúde pública e pelo controle social precisem obter informações rapidamente para desenvolver políticas e administrar programas direcionados a problemas sociais e de saúde.²¹

Os objetivos do REM são:

- Fornecer informações confiáveis sobre o desempenho dos serviços, de modo a fortalecer a gerência de quaisquer programas de saúde com ênfase na qualidade da assistência, desempenho dos técnicos e satisfação do cliente;

- Dotar os países de um instrumento de avaliação que possa ser adaptado para uso em todos os níveis do sistema de saúde sem recursos adicionais e utilizando a experiência local;

- Através do REM, treinar gerentes de programas bem como prestadores de serviços, no processo de elaboração e implementação de uma avaliação, análise dos dados e uso dos resultados para a atuação.²¹

Os métodos rápidos de avaliação coletam dados para auxiliar os gestores e os profissionais responsáveis a avaliar a implementação de medidas de prevenção e tratamento das endemias, com o intuito de reduzir a morbi-mortalidade, como: identificar problemas, riscos, danos e atitudes preventivas presentes nas endemias locais; viabilizar recursos disponíveis para intervir; caracterizar fatores que impedem ou facilitam a execução de intervenções bem sucedidas; medir o efeito de uma intervenção; e desenvolver mecanismos de se avaliar e responder a problemas críticos e pontuais em saúde no nível local.²²

O processo de avaliação rápida consiste de inúmeras partes interdependentes, pois as descobertas obtidas com um módulo de avaliação serão relevantes para responder perguntas em outra etapa da avaliação. Um dos princípios centrais do REM é que os módulos de avaliação não são simplesmente utilizados seqüencialmente, mas são utilizados interativamente e cada um combinado ao outro.²¹

Algumas vantagens do método podem ser mencionadas: atender a demanda da gerência e gestores locais do programa, rapidez e pronta resposta, proposição de estratégias e ter avaliadores do próprio serviço.

Outra das vantagens da metodologia do REM é que a informação é adquirida por intermédio de diversas fontes, o que controla a validade interna e validade de construção.

3.6.2 - Aplicação do REM em Saúde Pública na área de programas de controle das endemias.

Na África do Sul, foi utilizado um modelo rápido de avaliação num estudo de caso em área rural de KaNgwane, com objetivo de orientar a gerência do Programa de Controle da Tuberculose (TBCP), no ano de 1990. O método empregado avaliou os indicadores de cada componente do Programa, e foram categorizados: processo gerencial, as ações do TBCP e a integração do TBCP com a Atenção Primária de Saúde (PHC). Os dados foram coletados através de análise documental da política de saúde, entrevistas com os gerentes, pacientes e moradores da região, observação tanto dos pacientes quanto do ambulatório e revisão dos prontuários.²³

A metodologia utilizada possibilitou na área da prevenção dos serviços de saúde da África do Sul, criar o campo de avaliação rápida.

O autor concluiu que se os indicadores e o método de coleta forem cuidadosamente selecionados e os sistemas de registros de prontuários com qualidade, a avaliação do PBCP é rápida e abrangente.

No Brasil, utilizou-se o REM como ferramenta para aumentar o rendimento do estudo de caso utilizando o modelo lógico de avaliação para a análise de implantação do Programa de Controle da Tuberculose, na Amazônia Legal, por intermédio de estudos de casos múltiplos, cujo objetivo foi avaliar a estratégia de incentivo financeiro para casos curados de tuberculose.²²

Os casos foram selecionados obedecendo ao pré-requisito de ser município que recebeu o incentivo por alta curada e possuir uma população acima de 50.000 habitantes.

A estratégia utilizada para coleta de dados para subsidiar este trabalho foi por meio de dados primários (aplicação de instrumento estruturado para entrevista e observações participativas) e de dados secundários, utilizando-se como fontes de dados o SINAN federal, estadual e municipal, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) estadual e municipal e o Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS (SIA-SUS).

Construiu-se um modelo lógico da intervenção com diversos níveis e dimensões utilizando os componentes do Programa: vigilância epidemiológica e apoio laboratorial, e componentes inovadores (incentivo financeiro) e posteriormente o modelo lógico de avaliação e o REM, com as dimensões estratégicas do programa: atenção básica, o apoio laboratorial e a vigilância epidemiológica. Para cada dimensão consideraram-se o contexto externo e organizacional, a implantação do programa e a efetividade.²²

A autora conclui que com a utilização da metodologia do REM, possibilitou aumentar o rendimento do modelo lógico de avaliação, diminuir o tempo de coleta de dados e o custo, e uma resposta rápida.

3.6.3. Principais estudos de avaliação do programa de controle da dengue no Brasil, nos últimos 10 anos.

Os trabalhos sobre avaliação do programa da dengue foram pesquisados no site de busca de artigos indexados na internet – *Scielo*, usando as palavras “avaliação e dengue”. Encontrou-se 19 artigos e destes cinco artigos foram selecionados, pois enfatizam iniciativas de avaliação do programa.

Outros trabalhos tratavam de diversos aspectos sobre dengue, como a distribuição espacial da dengue, controle do vetor com aplicação de inseticida, controle vetorial utilizando peixe larvófago e outros.

Além desses artigos foi identificada uma tese de dissertação de mestrado que trata do programa de controle municipal de dengue.

Esses trabalhos estão sistematizados no Quadro 5, com seu objetivo principal, metodologia, contextos considerados no modelo de avaliação e principais achados.

Quadro 5: Avaliação da ação de controle da dengue. Estudos de Avaliação do Programa de Controle da Dengue.

AUTOR	OBJETIVOS	DIMENSÃO CONSIDERADA NO ESTUDO	METODOLOGIA	PRINCIPAIS ACHADOS
2002 ²⁴	Avaliar a efetividade das ações implementadas no programa de combate ao <i>Aedes aegypti</i> , na cidade de Salvador	Efetividade	Estudo prospectivo - inquéritos sorológicos de uma população amostral de indivíduos residentes em 30 áreas sentinelas, em 1998.	1. Elevada soroprevalência e soroincidência para os sorotipos DEN-1 e DEN-2, com grande variabilidade nos valores entre as áreas; 2. Efetividade das medidas de combate vetorial é muito reduzida.
2002 ²⁵	Identificar fatores que interferem na adesão das moradoras às práticas preventivas do dengue.	Implementação	Abordagem qualitativa - aplicação de roteiro de entrevista a um grupo de mulheres de bairro de baixa renda, no município de Catanduva, SP, em 2000.	1 - Contradição entre o discurso e a prática preventiva oficiais; 2. Ausência de interação entre a população e o serviço; 3. Desconsideração do saber popular sobre a prevenção
1999 ²⁶	Avaliar as coberturas das atividades municipais de combate ao <i>Aedes aegypti</i> e a correlação cruzada com as medidas de densidade larvária.	Implementação	Análise de séries históricas de controle da dengue casa-a casa e arrastão, com base no índice de <i>Breteau</i> .	Com as coberturas alcançadas pelas ações municipais de controle dos vetores da dengue e a correlação cruzada negativa entre as atividades casa-a-casa e o IB, essas não foram suficientes para impedir o risco de epidemias.
2005 ¹²	Desenvolver e validar um instrumento padronizado para acompanhamento da implantação do Programa de Controle da Dengue, orientado para a esfera municipal.	Implementação	Estudo de casos - elaboração de um modelo lógico baseado nos componentes do PNCD, construção de um instrumento de avaliação aplicado em seis municípios de Minas Gerais, em 2004.	1. Processo de descentralização das ações de vigilância em saúde contribuiu para a inserção das ações dengue na rotina dos municípios; 2. Incorporação de novas metodologias na rotina municipal não é um processo simples, exige um envolvimento e assessoria das outras instâncias federativas.
2002 ²⁷	Avaliar uma abordagem educativa para a prevenção da dengue em Campinas	Implementação	Abordagem baseada em um curso de 20 horas para professores de ensino fundamental, seu trabalho com os alunos e destes para seus familiares.	1. O trabalho educativo com professores possibilitou em parte a diminuição de risco de transmissão nas escolas, pela eliminação de criadouros observada; 2. Os alunos entenderam a seriedade da questão e tentaram com suas famílias a incorporação da teoria para a prática, mas não houve adesão pela metade delas.
1998 ²⁸	Avaliar os resultados de um trabalho educativo desenvolvido em um bairro periférico de São José do Rio Preto, e a relação entre conhecimentos e práticas desta população.	Implementação	Aplicação de um questionário antes e depois do trabalho educativo em um bairro periférico de S.J.do Rio Preto, em 1996, onde foram entrevistadas mulheres responsáveis pelo cuidado da casa.	As atividades educativas geraram ganhos de conhecimento entre as mulheres e toda população do bairro, no que se refere a doença, seus vetores e criadouros, mas não houve mudança de hábitos com relação aos criadouros dos vetores da dengue.

3.7 – PRESSUPOSTO TEÓRICO

A descentralização das ações de epidemiologia e controle das doenças vem contribuindo positivamente para o cumprimento da ação/meta pactuada de controle da dengue na PPI-ECD.

4 - OBJETIVOS

4.1 - GERAL

Avaliar o processo de implantação das ações da PPI-ECD, utilizando o modelo REM e como condição traçadora a ação de controle da dengue, em municípios do estado do Rio de Janeiro, do período de 2000 a 2005.

4.2 - ESPECÍFICOS

4.2.1 - Testar o REM considerando o contexto político-administrativa na execução da ação de controle da dengue da PPI-ECD;

4.2.2 - Verificar o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle das doenças no que concerne à meta pactuada de dengue na PPI-ECD.

4.2.3 - Identificar fatores externos que interferem no cumprimento da ação de controle da dengue;

4.2.4 – Validar a representatividade do indicador de controle da dengue para Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças.

5 – METODOLOGIA

Estudo de caso múltiplo realizado no Estado do Rio de Janeiro, de fevereiro de 2005 a março de 2006.

5.1 – Desenho do estudo

A abordagem deste trabalho é a PPI-ECD, o início do processo de descentralização das ações de ECD, no ano de 1999 até a vigência em 2003.

Este estudo trata de uma pesquisa avaliativa da implantação da ação de controle da dengue na PPI-ECD “realizar identificação e eliminação de focos e criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*”, definida como uma forma de avaliação sobre os resultados dessa intervenção, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Baseia-se em um procedimento realizado após a ocorrência da intervenção que analisa sob o ponto de vista da pertinência, dos fundamentos teóricos, da produtividade, dos efeitos e do rendimento de uma intervenção.¹⁶

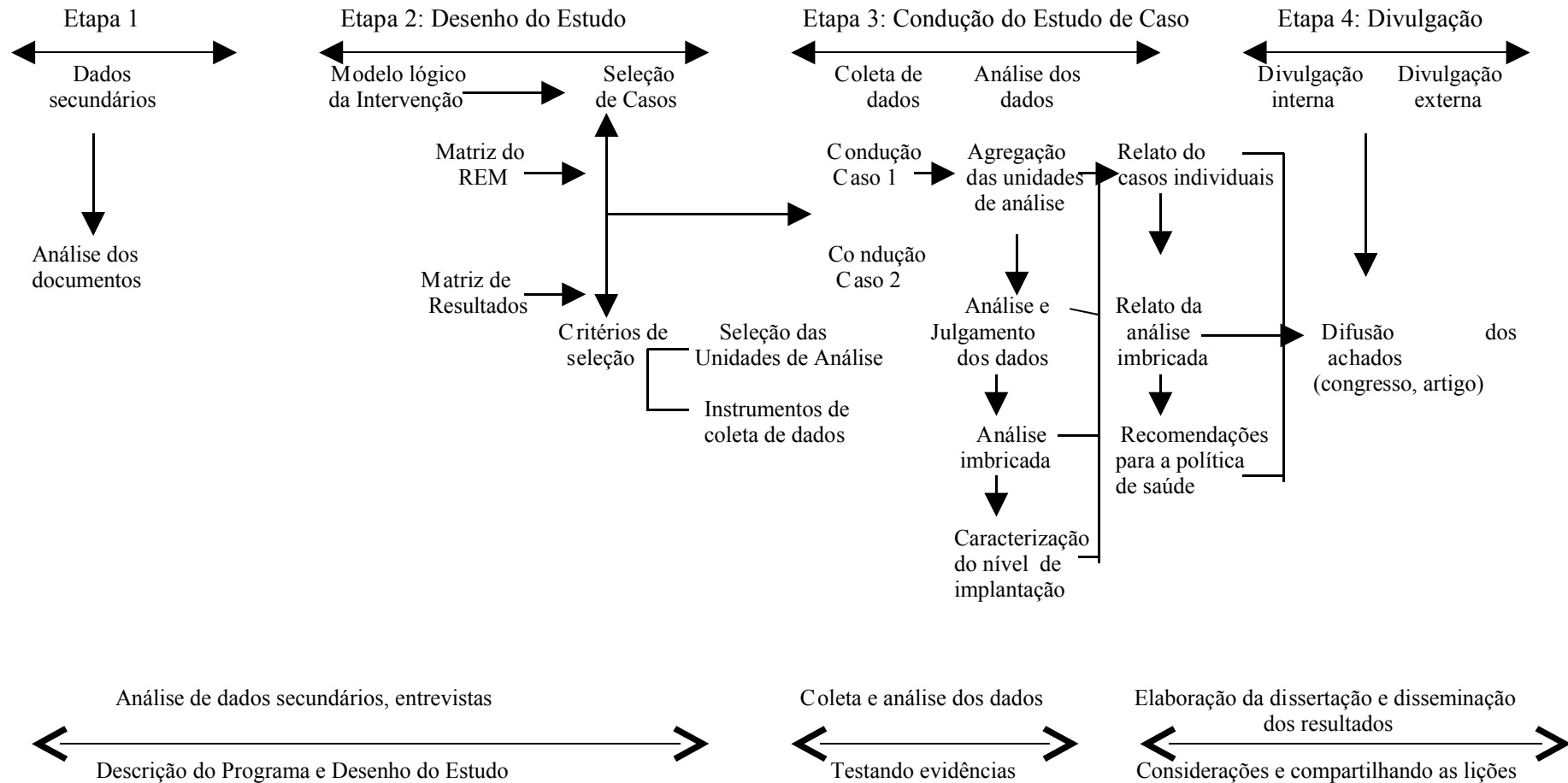
A abordagem utilizada para o estudo foi quali-quantitativa e as etapas foram:

1. Linha de base – levantamento dos documentos e dos dados secundários.
2. Desenho do estudo – construção do modelo lógico da intervenção e seleção dos casos.
3. Condução do estudo – coleta e análise dos dados.

4. Divulgação – interna (relatórios) e externa (congresso, artigos).

As etapas estão descritas na Figura 4.

Figura 4: Avaliação da PPI-ECD, ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Etapas do Estudo de Caso.



Fonte: Santos EM, Natal S 2006. (adaptado do CDC, 1999). Termo de Referência para avaliação do componente PROESF/Ministério da Saúde. mimeo; p.31.²⁷

5.2 – Área de Estudo

O estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios, divididos em oito regiões político-administrativas, destes 100% encontram-se certificados na PPI-ECD, 44 municípios são considerados prioritários para o controle de dengue, pelo Ministério da Saúde, em 2002, e também têm o PNCD implantado.

Os critérios para selecionar os casos (municípios), foram: ser certificado na PPI-ECD e ser município prioritário para o PNCD. O outro critério utilizado para eleger os municípios, foi a de ter participado da avaliação realizada pela equipe técnica do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES/RJ, que foi baseado na avaliação que esta equipe fez da PPI-ECD do ano de 2002.

Esta avaliação foi baseada no alcance das metas pactuadas pelos municípios certificados, que teve como classificação, apontado no quadro seis abaixo.

Quadro 6: Classificação da gestão municipal, segundo a SES/RJ, 2002.

Escore	Classificação
De 1 a 29	Gestão Boa
De 30 a 59	Gestão Intermediária
De 30 a 59	Gestão com problema

Fonte: VIGISUS/CVE/SES/RJ, 2005.

Por falta de financiamento e curto tempo para execução do estudo, foi considerada para a seleção final, dois municípios, dentre os 44 municípios considerados prioritários no PNCD e certificados na PPI-ECD, um município apresentando gestão com problema e o outro com gestão boa, denominados de: Caso 1 e Caso 2, respectivamente.

Nesses dois municípios foram escolhidos dois bairros, um com índice de infestação predial superior a 1% e o outro bairro com IIP abaixo de 1%.

Os municípios eleitos são de grande e pequeno porte, situados em regiões político-administrativas diferentes, mas as distâncias em quilômetros não são longas, ambos possuem situação climática semelhante.

5.3 – Matriz do REM

A matriz do REM permite observar a área de intervenção avaliada, e nos quadros abaixo se encontram sumarizados os níveis/dimensões, critérios ou indicadores, as fontes e os métodos de coleta de dados.

As dimensões estabelecidas são: contexto externo, contexto organizacional, implementação e efetividade. A dimensão da implementação é onde se encontra a execução do programa, e onde se avalia o processo-atividade e os produtos. Na efetividade é avaliado o efeito de curto prazo.

Na matriz do modelo REM (Quadro 7) observa-se os indicadores ou critérios e os métodos de coleta para cada medida.

Estabeleceu-se a denominação de indicador para as medidas da abordagem quantitativa e os critérios para abordagem qualitativa. Os indicadores foram definidos baseados nos objetivos e metas do PNCD e no pressuposto.

O quadro 7 apresenta a matriz do REM – contexto externo, o contexto político-organizacional, implementação e efetividade com as respectivas subdimensões e os indicadores/critérios e método de coleta (específico por dimensão no Anexo III).

Quadro 7: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Matriz do REM: Contexto Externo, Contexto Político-Organizacional, Implementação e Efetividade.

INTERVENÇÃO: Ação descentralizada de controle do vetor da dengue.

Dimensões	Critérios ou Indicadores	Método de Coleta					Escore
		I	II	III	IV	V	
I.Contexto Externo							
1. Condições sócio-econômicas	Índice de Desenvolvimento Humano						x
2. Saneamento Básico	% domicílios com coleta de lixo						x
	% domicílios com abastecimento de água						x
3. Controle Social	CMS discute as ações de dengue		x	x			
II. Contexto Político - Organizacional							
1. Gestão Municipal	Existência do setor PPI-ECD		x	x			
	Tempo de atuação como gerente do PNCD		x	x			
1.1. Autonomia Técnico-Gerencial	Intersetorialidade		x	x			
	Utilização de ferramentas para monitoramento das ações de controle	x	x	x			
	Divulgação das informações	x	x	x			
1.2. Autonomia Político - Financeira	Gestão do TFECD	x	x				
	Fundo Municipal de Saúde		x	x			
1.3. Compromisso político	Plano Municipal de Saúde	x	x	x			
	Recursos Humanos		x	x			
III. Implementação							
1. Atenção Básica de Saúde							
1.1. Assistência ao paciente	Nº unidades com diagnóstico clínico	x	x				
	Nº de postos para coleta de sangue	x	x				
1.2. Capacitação	Nº de médicos qualificados em diagnóstico clínico		x				
1.3. Integralidade da Assistência	Integração entre a gerência de dengue e o PSF/PACS		x				
	Cobertura PSF/PACS		x				
2. Vigilância Ambiental e Entomológica							
2.1. Sistema de Vigilância Ambiental e Entomológica	Integração da vigilância ambiental com outros serviços		x	x			
	SISFAD implantado		x	x			x
	% Cobertura da visita domiciliar		x	x			x
	Monitoramento da infestação vetorial		x	x			x
	Agentes treinados em vigilância ambiental e/ou entomológica		x	x			
3. Vigilância Epidemiológica							
3.1. Sistema de Informação e Vigilância Epidemiológica	SINAN implantado		x	x			x
	Encerramento dos casos		x				
	Retroalimentação		x				
	Investigação de óbitos		x				
	Coleta de sangue		x				
	Análise de indicadores		x	x			
4. Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Mobilização Social							
	Ações educativas		x	x			
	Material produzido MS		x	x			
	Material produzido por iniciativa local		x	x			
	Envolvimento da sociedade civil organizada		x				
	Nº de profissionais treinados em IEC		x				
IV. Efetividade							
1. Controle dos Danos e Riscos	Redução de incidência por dengue						x
	Redução letalidade de dengue hemorrágica						x
2. Satisfação dos usuários	Redução da infestação vetorial						x
	Conhecimento da doença			x	x		
	Conhecimento da prevenção			x	x		
	Unidade básica de saúde						
	Acesso: - Tempo de casa a unidade - Custo			x	x		
	Qualidade no atendimento: tempo de espera, água filtrada. local para sentar					x	x

*Legenda: Método de Coleta: I - Documentos das ações de Controle, II -Entrevista com os Profissionais, III – Observação, IV - Entrevista com Usuários, V –Dados secundários: SINAN, SISFAD, IBGE, DATASUS e outros.

5.4 – Tipos de Coletas de dados

Foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2005, e os dados secundários utilizados do período de 1999 a 2005.

5.4.1 – Tipos de Coleta e Fonte de Evidências

Os dados primários foram obtidos por meio de um instrumento estruturado em forma de questionário com perguntas fechadas e abertas e roteiro de entrevista adaptado do roteiro de entrevista utilizado na dissertação de mestrado profissional de Pimenta ¹². Foram entrevistados informantes-chave: Secretário Municipal de Saúde (SMS) ou pessoa indicada por eles; responsável pela área de epidemiologia ou saúde coletiva ou vigilância em saúde (de acordo com o organograma de cada Secretaria); coordenador ou gerente das ações de dengue; representante dos usuários do SUS do Conselho Municipal de Saúde (escolha consesuada com a equipe técnica da SES/RJ); e também foram entrevistados com roteiro próprio usuários do serviço de saúde e foram realizadas observações. (Anexo I).

Os critérios de inclusão dos informantes-chave foram:

- Formadores de política;
- Responsável por prestar serviço à população;
- Representantes dos usuários ou líderes comunitários

Os critérios de exclusão dos informantes-chave foram:

- No caso da ausência ou impossibilidade de algum informante-chave de conceder a entrevista e não indicar um substituto.
- Não entrevistar nenhum outro profissional de saúde que não estivesse ocupando cargo/função na SMS no momento da aplicação do roteiro.

Os usuários foram entrevistados nos seus domicílios e esses domicílios foram selecionados conforme os critérios discutidos e consensuados com a equipe técnica dos dois municípios. De início, foram escolhidos dois bairros, um bairro com o índice de infestação predial (IIP) para *Aedes aegypti* elevado (acima de 1%) e outro bairro com o IIP baixo (abaixo de 1%). Em seguida, com o croqui da área em mãos, foram identificados os quarteirões dos bairros, onde se sorteou uma casa a cada quarteirão. Em cada bairro, do caso 1 foram entrevistados quatro usuários e do caso 2 foram entrevistados cinco usuários. O número de entrevistas realizadas foi pré-definido e teve como objetivo complementar às informações e testar o modelo.

Os dados secundários foram coletados do DATASUS ³⁰, PNUD ³¹, IBGE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, do Sistema de Informação Febre Amarela e Dengue – SISFAD, da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças - PPI-ECD, de documentos e de relatórios, que foram solicitados ao Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

5.4.2 – Variáveis do estudo

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD), foi utilizado no Contexto Externo na subdimensão condições socioeconômicas, da Matriz do REM, para conhecer o grau de desenvolvimento dos dois municípios através dos indicadores: o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento, o Índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino (educação), e números de expectativa de vida ao nascer (longevidade). ³¹

Outras variáveis também foram utilizadas para caracterizar os dois municípios selecionados como: os aspectos sociodemográficos, situação do saneamento básico,

cobertura do serviço da atenção básica, repasses de recursos financeiros do SUS e despesas com pessoal.

Algumas variáveis estão especificadas no Quadro 10, por dimensão, subdimensão, critérios/indicadores e a pontuação máxima, conforme demonstrado abaixo:

**Quadro 10: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro.
Pontuação Máxima dos Critérios e Indicadores da Matriz de Resultado**

Dimensão: Contexto Externo			
Subdimensão	Critério/Indicador	Pontuação das categorias	SIGNIFICADO
Condições sócio-econômicas	Índice de Desenvolvimento Humano	IDH > 0,600=10	Esperança de vida ao nascer, índice de analfabetismo e renda per capita maior de 0,600=10.
		IDH < 0,600=0	
Saneamento Básico	Proporção de domicílios com coleta de lixo	> 80%sim = 10 < 80% = 0	Coleta de lixo nos domicílios com cobertura municipal acima de 80% = 10
	Proporção de domicílios com abastecimento de água	> 80%sim = 10 < 80% = 0	Abastecimento de água nos domicílios com cobertura municipal acima de 80% = 10
Controle Social	CMS discute as ações de dengue	sim = 10 não = 0	Pelo o menos um representante do Conselho Municipal de Saúde participa das discussões sobre o controle da dengue =10
Dimensão: Contexto Político e Organizacional			
Subdimensão	Critério/Indicador	Pontuação das categorias	SIGNIFICADO
Autonomia Técnico-Gerencial	Setor PPI-ECD	sim = 5 não = 0	Os informantes chave conhecem a existência de um setor que trabalha com a PPI-ECD, não necessariamente com exclusividade = 5
	Gerência de dengue	+ de 1 ano = 10 até 1 ano = 5	O gerente de dengue ocupa a função a mais de 1 ano, oficialmente ou não = 10 e a menos de 1 ano = 5
	Intersetorialidade	sim = 10 não = 0	Integração entre a secretaria de saúde e as outras secretarias municipais = 10
	Ferramentas para monitoramento das ações de controle	sim = 10 não = 0	As ferramentas são geradas pelos sistemas (SINAN E SISFAD) ou outro desenvolvido pela SMS, com o objetivo de monitorar as ações de VE e VA conjuntamente = 10
	Divulgação das Informações	sim = 10 não = 0	Informações que circulam em todas as áreas de saúde do município = 10
Autonomia Política e Financeira	Gestão do TFEC	secretário = 15 prefeito = 0	O Secretário Municipal de Saúde é o gestor do recurso financeiro da área de saúde, não o prefeito = 15
	FMS constituído	cumprindo = 15 não = 0	O Fundo Municipal de Saúde constituído e cumprindo com o seu papel = 15
Compromisso político	Plano municipal de saúde	sim = 5 não = 0	O plano municipal de saúde existe e foi discutido/elaborado pelas áreas da SMS = 5
	Recursos Humanos	Municipal = 10 Federal = 5 Terceirizado = 0	O vínculo trabalhista que os recursos humanos do controle vetorial da dengue, se é concurso municipal = 10, se é cedido pelo MS = 5 e se contrato temporário (terceirizado) = 0

Dimensão: Implementação			
Subdimensão	Critério/Indicador	Pontuação das categorias	SIGNIFICADO
Atenção Básica de Saúde	Nº de Unidades que realizam diagnóstico clínico epidemiológico de dengue	sim = 20 não = 0	A existência de unidade municipal de saúde (posto, centro, hospital, etc) que tem médicos capacitados em diagnosticar a dengue clinicamente = 20
	Nº de Postos para coleta de material para diagnóstico laboratorial	sim = 10 não = 0	A existência de unidade municipal de saúde (posto, centro, hospital, etc) que tenha profissional de saúde capacitado em coletar sangue para o exame laboratorial = 10
	Nº de Médicos qualificados em diagnóstico clínico epidemiológico	sim = 20 não = 0	Médicos que foram capacitados nos últimos 3 anos e que permanecem trabalhando na rede municipal = 20
	Integração entre as ações de dengue do PNCD e do PSF/PACS	total = 10 parcial = 5 não há = 0	O trabalho dos agentes de controle vetorial e do comunitário não se sobrepõe, realizam o planejamento em conjunto = 10. Existe os dois tipos de agentes no município executando a mesma ação, mas não há planejamento das ações = 5. Não existe agente comunitário executando ação de dengue = 0
	Proporção da Cobertura de PSF/PACs	+ de 80% = 10 de 50 a 79%=5 - de 50% = 0	O PSF/PACs cobre 80% da população do município = 10, cobre entre 50% e 79% = 5 e com cobertura menor de 50% = 0
Vigilância Ambiental	Integração da vigilância ambiental com outros serviços	formal = 10 informal = 5 não há = 0	Reuniões sistemáticas com serviços municipais (Defesa Civil, Ongs, secretarias municipais, etc) = 10, para discutir as ações vetoriais. Reuniões com todos os órgãos, somente quando há ameaça de surtos/epidemias = 5
	SISFAD implantado	sim = 15 não = 0	O SISFAD implantado com versão atualizada = 15
	Cobertura da visita domiciliar	+ de 90%= 20 - de 89%= 0	Cumprimento de todos os 6 ciclos anuais com pelo o menos 90% dos domicílios visitados = 20
	Monitoramento da infestação vetorial	sim = 20 não = 0	Existe monitoramento semanal da infestação vetorial por bairro = 20
	Nº de Agentes treinados em VA	sim = 20 não = 0	Os agentes receberam treinamento em vigilância ambiental ou entomológica nos últimos 2 anos = 20

Vigilância Epidemiológica	SINAN implantado	sim = 20 não = 0	O SINAN implantado com versão atualizada = 20
	Encerramento de casos	sim = 10 não = 0	Preenchimento da ficha de notificação com consistência (sem campo em branco), acompanhada do resultado clínico ou laboratorial = 10
	Recebimento de retroalimentação	sim = 10 não = 0	Da SES para a SMS e da SMS para as UBS = 10
	Investigação de óbitos	sim = 10 não = 0	Investigação dos óbitos notificados para identificação/confirmação da causa = 10
	Método de Coleta de sangue	sorologia sim=10 não=0 isolamento sim=10 não=0	Coleta de sangue de rotina pelo método de sorologia = 10 Coleta de sangue específico para isolamento viral = 10
	Informe epidemiológico sobre dengue	reorientar ações + divulgação=15 somente para divulgação = 5 não tem = 0	Informe elaborado e divulgado entre os profissionais com análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais para reorientar as ações de controle da dengue = 15. Informe elaborado e divulgado entre os profissionais com análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais = 5
Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Mobilização Social	Equipe IEC	sim = 10 não = 0	Equipe de IEC constituída e atuante = 10
	Ações educativas	sim = 10 não = 0	Ações educativas realizadas em escolas, comunidades, etc através de palestras e/ou teatros, etc = 10
	Material repassado pelo MS	sim = 5 não = 0	Material de divulgação de prevenção da dengue elaborado e distribuído pelo MS para o município, e este divulga-o = 5
	Material educativo produzido por iniciativa local	sim = 5 não = 0	Material de divulgação de prevenção da dengue elaborado por iniciativa própria e distribuído para diversos órgãos municipais = 5
	Envolvimento com a sociedade civil organizada na mobilização social	sim = 5 não = 0	Parceria contínua com outras instituições, ONGs, comunidades religiosas, outras secretarias municipais = 5
	Nº de profissionais treinados em IEC	sim = 5 não = 0	Os profissionais existentes na equipe com treinamento nos últimos 2 anos = 5

Dimensão: Efetividade			
Subdimensão	Critério/Indicador	Pontuação das categorias	SIGNIFICADO
Controle dos danos e riscos	Redução da incidência de dengue	até 3 anos=15 até 2 anos= 10	Nos últimos 3 anos redução de 75% = 15 e nos últimos 2 anos de 50% = 10
	Redução letalidade de dengue hemorrágica	25	Redução a 1% da letalidade por FHD nos 2 últimos anos.
	Redução da infestação vetorial	30	Reduzir em 1% a infestação por <i>Aedes aegypti</i> nos últimos 4 anos.
Satisfação dos usuários	Conhecimento da doença	agente = 5 outros meios=0	O usuário obteve esclarecimento sobre a transmissão da dengue através do agente de saúde=5. Informação através de outros meios de comunicação=0
	Prevenção da doença	agente = 5 outros meios = 0	O usuário teve conhecimento sobre a prevenção da dengue através do agente de saúde=5. Informação através de outros meios de comunicação=0
	Unidade Básica de Saúde		
	Acesso sem transporte com transporte	s/ até 1 km=5 c/ + 1 km = 0	O usuário vai a pé e não tem despesa = 5 O usuário utiliza um meio de transporte e tem despesa = 0
	Qualidade no atendimento não demora, tem água e lugar p/sentar = 5 não demora, sem água e com lugar p/sentar = 0	5	

5.5 - Análise dos dados

A análise de dados baseou-se em examinar, categorizar, classificar em tabelas, recombina as evidências quantitativas e qualitativas para ajustar as propostas iniciais do estudo.¹⁹

Foram utilizadas todas as estratégias recomendadas por Yin¹⁹, como citadas na página 17, sendo que a análise dos dados coletados foi realizada utilizando a Matriz de Resultados, construída com as mesmas dimensões que estruturam o modelo do REM: contexto externo, contexto político-organizacional, implementação e efetividade.

No Quadro 11 (Anexo IV), apresenta-se a matriz com as dimensões, subdimensões, critérios e indicadores, os pontos máximos das categorias que foram estabelecidos através dos indicadores do PNCD¹⁴, alguns dados do DATASUS³⁰ e PNUD³¹; da ação escolhida da PPI-ECD; e pontos de corte (escores) criados com área técnica da SES/RJ. Os resultados observados receberam a pontuação de acordo com o percentual dos pontos máximos alcançados.

A construção dos pontos de corte (escores) foi discutida e consensuada entre os técnicos da SES/RJ que participaram deste trabalho.

Para o contexto externo estabeleceu-se 40 pontos, o contexto político-organizacional totalizou 100 pontos, a implementação com 300 pontos e a efetividade com 150 pontos, redistribuídos primeiramente nas dimensões/subdimensões e depois nos critérios e indicadores.

A opção de 300 pontos para a implementação se deu pelo elevado número de sub-dimensões e indicadores, sem que isto implicasse em uma hierarquização na importância das dimensões, já que se considerou a proporção de observado com relação à pontuação máxima (\sum pontuação observada / \sum pontuação máxima x 100) estabelecida para cada indicador.

Os pontos de corte foram estabelecidos, considerando que uma intervenção para alcançar o objetivo de controlar a dengue precisa de, pelo menos, 80% das atividades implementadas a partir desse ponto.²²

Os casos municipais foram categorizados da seguinte maneira:

Para o Contexto Externo utilizou-se:

1. Desenvolvimento satisfatório ≥ 80 %;
2. Desenvolvimento parcial entre 50 a 79%
3. Não desenvolvido ≤ 49 %.

Para o Contexto Político-Organizacional empregou-se:

1. Implantação satisfatória - ≥ 80 %;
2. Implantação parcial – entre 60 a 79 %;
3. Implantação inadequada – entre 50 a 59%;
4. Não implantado - ≤ 49 %.

Para a Implementação:

- 1.Implantação satisfatória - ≥ 80 %;
- 2.Implantação parcial – entre 60 a 79 %;
- 3.Implantação inadequada – entre 50 a 59%;
- 4.Não implantação - ≤ 49 %.

Para a Efetividade:

- 1.Desempenho alcançado - ≥ 80 %
- 2.Desempenho alcançado parcialmente – entre 50 a 79%

3. Não alcançado - $\leq 49\%$.

5.6 - Considerações éticas

O projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, e aprovado.

O autor principal se compromete a não divulgar os resultados encontrados fora do âmbito da pesquisa e nas estratégias de divulgação dos achados respeitando a garantia do sigilo, ou seja, segredo sobre a identidade do entrevistado conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

6 – RESULTADO

As características sóciodemográficas, saneamento e saúde dos casos municipais estão apresentados no Quadro 12, onde se observa uma taxa maior de crescimento populacional e densidade demográfica do Caso 1 em relação ao Caso 2 e ao estado.

A proporção de UBS pela população no Caso 2 é bem superior ao do Caso 1 e do estado; como também a cobertura do PSF/PACS no Caso 2 que apesar de ser inferior a 50%, é o dobro do Caso 1 e do estado.

Em relação aos recursos financeiros do SUS, há uma semelhança de recursos transferidos nos dois casos municipais. Os recursos próprios aplicados na saúde do Caso 2 é o dobro do Caso 1, o gasto com serviço de terceiro no Caso 2 é maior do que o Caso 1 e a despesa com pessoal no Caso 1 é superiores ao Caso 2.

Quadro 12: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Indicadores sociodemográficos, saneamento e de saúde dos Casos Municipais.

Indicadores	Estado	Caso 1	Caso 2
População estimada ¹	15.383.422	830.903	43.012
Crescimento anual 1991/2000(%) ¹	1,30	2,02	1,18
Índice de desenvolvimento Humano 2000 ³	0,807	0,762	0,771
Densidade demográfica ano de 2000(hab/km ²) ¹	328,08	1449,60	216,68
Abastecimento de água (%) ²	82,30	80,60	67,30
Instalação Sanitária (%) ²	60,80	50,30	59,10
Coleta de lixo (%) ²	92,20	87,70	89,40
Unidades de Saúde ²	1753	55	15
Proporção de UBSs pela população (10.000hab.)	1,14	0,66	3,49
Cobertura do PSF/PACs (%) ²	23,00	20,00	40,00
Transferência de recursos do SUS (%) ²	112,32	93,20	92,60
Recursos próprios aplicados na saúde (%) ²		5,00	11,10
Despesa com serviço de terceiro (%) ²		56,50	74,20
Despesa com pessoal (%) ²		32,10	10,40

Fonte: 1.Fundação CIDE (Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro - Anuário Estatístico de 2004

2.IBGE/censo 2000 extraído da página da internet do DATASUS/MS janeiro de 2006

3. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento(PNUD) extraído da internet janeiro de 2006.

Os municípios escolhidos para a análise de implantação da intervenção “ação descentralizada de controle do vetor da dengue”, apresentam os dados consolidados na Matriz de Resultados (Tabela 1) e detalhados no Quadro 11 (Anexo IV) com as mesmas dimensões que estruturaram a Matriz do REM: contexto externo, político-organizacional, implementação e efetividade. E para subsidiar a análise imbricada dos casos múltiplos foram utilizadas várias fontes de informações.

Tabela 1: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Matriz de Resultado da Intervenção: Distribuição dos níveis/dimensões, subdimensões e a pontuação observada, nos dois casos municipais.

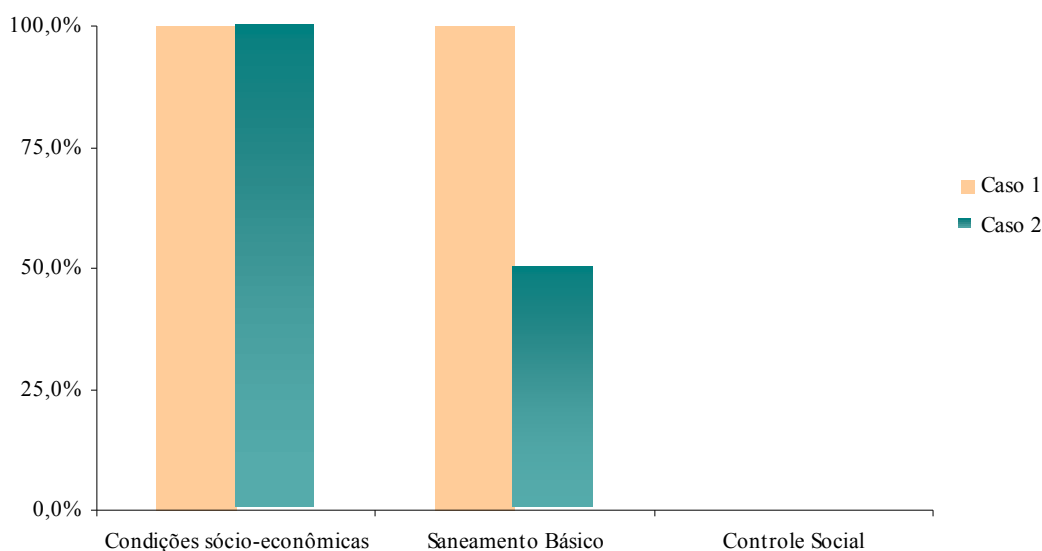
Níveis / Dimensões	Max pontuação	Pontuação Observada	
		Caso 1	Caso 2
I.Contexto Externo (40 pontos)	40(100,0%)	75,0%	50,0%
1. Condições sócio-econômicas	10	100,0%	100,0%
2. Saneamento básico	20	100,0%	50,0%
3. Controle Social	10	0,0%	0,0%
II. Contexto Político-Organizacional (100 pontos)	100 (100,0%)	25,0%	25,0%
1.2.Autonomia Técnica Gerencial	50	40,0%	40,0%
1.3.Autonomia Política e Financeira	30	0,0%	0,0%
1.4. Compromisso político	20	25,0%	25,0%
III. Implementação (300 pontos)	300 (100,0%)	65,0%	58,3%
1. Atenção Básica de Saúde	90	66,7%	66,7%
2. Vigilância Ambiental	90	50,0%	44,4%
3. Vigilância Epidemiológica	90	66,7%	44,4%
4. IEC e Mobilização Social	30	100,0%	83,3%
IV. Efetividade (100 pontos)	100 (100,0%)	70,0%	70,0%
1. Controle de Danos e Riscos	80	62,5%	62,5%
2. Satisfação dos Usuários	20	100,0%	100,0%

Fonte: Natal S. (2004) ²²

Na Figura 5, estão especificadas as pontuações alcançadas em cada dimensão do contexto externo, dos dois casos municipais. As condições sócio-econômicas, medida através do IDH (PNUD) nos dois municípios obtiveram a classificação de

desenvolvimento satisfatório (100%), o Caso 1 obteve o IDH de 0,762 e o Caso 2 de 0,771. Na dimensão saneamento básico (DATASUS) o Caso 1 teve um desempenho melhor (100%) do que o Caso 2, com cobertura domiciliar da rede de abastecimento de água acima de 80% e a coleta de lixo de 87,7%, no Caso 2 a pontuação ficou em 50% por possuir uma rede de abastecimento de água precária a cobertura domiciliar de 67,3%, e a coleta de lixo é de 89,4%. A dimensão controle social ficou com a pontuação em 0% nos dois casos municipais, segundo relato dos conselheiros entrevistados, eles não participam das discussões sobre as ações de controle da dengue, mas o conselho tem representação paritária (metades dos conselheiros são representantes da secretaria e a outra metade representante dos usuários).

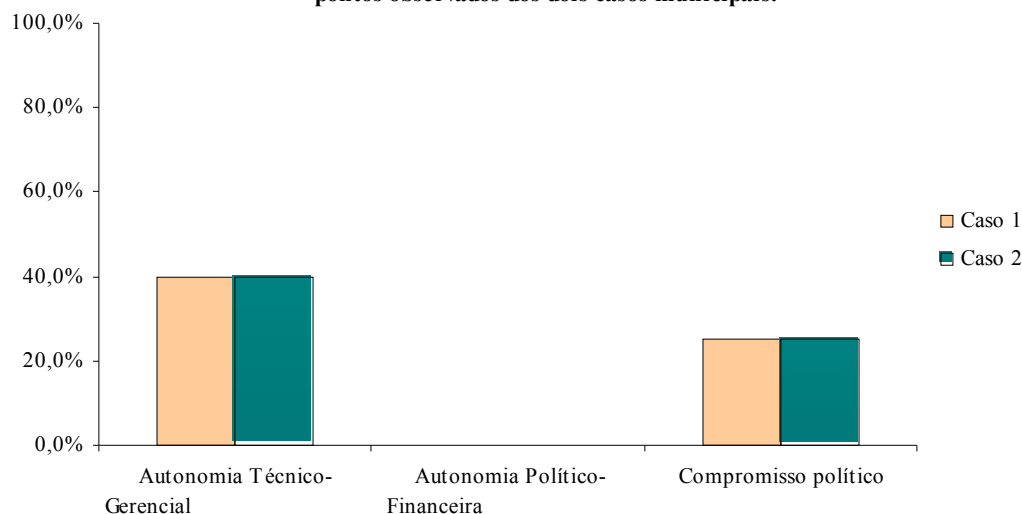
Figura 5: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Resultado do Contexto Externo, subdimensões, indicadores e pontos observados, dos dois casos municipais.



No Contexto Político-Organizacional (Figura 6), a dimensão autonomia técnico-gerencial dos dois municípios ficou com a pontuação de 40%, pois os gerentes municipais do controle da dengue ocupam a função a menos de um ano, não possuem ferramentas para monitorar as ações de vigilância epidemiológica e ambiental do controle da dengue, apesar da existência dos sistemas oficiais (SINAN e SISFAD), que podem emitir relatórios para a análise dos indicadores, conseqüentemente não há

divulgação das informações do referido evento nem para os profissionais de saúde municipais nem para o público externo ao ambiente das SMS. A dimensão autonomia político - financeira dos dois casos municipais obteve uma pontuação de 0%, os secretários de saúde não sabem o valor dos recursos do TFECD repassados pela União e nem sabem de quanto é a contrapartida que os seus municípios devem depositar na conta do FMS, eles não são gestores dos recursos financeiros da saúde, pois o gerenciamento do TFECD está sob a responsabilidade dos prefeitos. O Fundo Municipal de Saúde não acompanha a aplicação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, apesar de estar constituído. A dimensão compromisso político ficou com a pontuação de 25% nos dois casos, os gestores entrevistados desconhecem se há Plano Municipal de Saúde e quem elabora, os recursos humanos que trabalham no controle vetorial do Caso 1 quase todos são cedidos da FUNASA, o percentual de servidores municipais é de 5%, e no Caso 2 são todos oriundos da cessão de servidores da FUNASA O aspecto positivo deste contexto é o conhecimento dos entrevistados (atores chave) da existência de um setor que elabora e discute as ações da PPI-ECD, e também a intersetorialidade com as outras secretarias municipais.

Figura 6: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Resultado do Contexto Político-Organizacional, subdimensões, indicadores e pontos observados dos dois casos municipais.



A Implementação encontra-se ilustrada na Figura 7 com a pontuação alcançada nas seguintes dimensões:

1. Atenção básica de saúde ficou com a pontuação de 66,7%, nos dois casos municipais, subdivididas em:

1.1. Assistência ao paciente com as unidades de saúde realizando diagnóstico clínico epidemiológico de dengue, e algumas unidades possuem postos de coleta de sangue para diagnóstico laboratorial;

1.2. Capacitação - os médicos da rede municipal foram qualificados para realizarem o diagnóstico e tratamento adequado das formas graves da dengue;

1.3. Integralidade da assistência não tem as ações do PNCD e PSF/PACS integradas e a cobertura do PSF/PACs é baixa, menor de 50%.

2. Vigilância Ambiental do Caso 1 teve uma pontuação de 50% e do Caso 2 de 44,4%, subdivididas nos critérios de:

2.1. Integralidade da vigilância ambiental com outros serviços, no Caso 1 há reuniões sistemáticas com órgãos municipais, ONGs e outras instituições para discutir

estratégias de controle vetorial já no Caso 2 as reuniões acontecem quando existe eminência de uma epidemia;

2.2.SISFAD encontra-se implantado nos dois municípios;

2.3.Cobertura domiciliar da visita dos agentes, nos dois casos, não tem uma homogeneidade anual dos seis ciclos preconizados pelo PNCD;

2.4.Monitoramento da infestação vetorial, nos Casos 1 e 2, não ocorre como processo de trabalho somente quando há uma solicitação, apesar de existir um sistema, o SISFAD, capaz de produzir relatórios;

2.5.Agentes de campo para o controle vetorial dos dois municípios foram treinados nos últimos dois anos e também há a vantagem de possuírem experiências na execução das tarefas.

3. Vigilância Epidemiológica do Caso 1 foi de 66,7% e do Caso 2 de 44,4% distribuídas nos critérios:

3.1.SINAN implantado nos dois municípios;

3.2.Encerramento dos casos – o Caso 1 segundo os gerentes entrevistados confirmaram que sim, no Caso 2 eles ou não sabiam ou não tinham certeza;

3.3.Recebimento de retroalimentação – o Caso 1 diz que sim, o Caso 2 não recebe ou não sabe e nem alimenta as unidades de saúde.

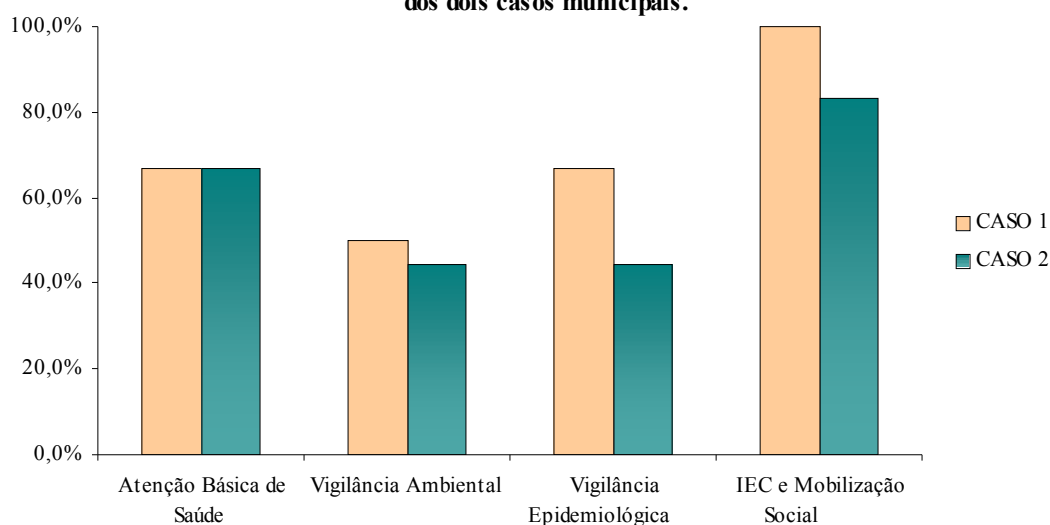
3.4.Investigação de óbitos – os dois casos executam esta tarefa;

3.5.Coleta de sangue tanto para sorologia quanto para o isolamento viral para detecção precoce do vírus circulante é uma atividade que faz parte dos procedimentos de rotina de alguns postos nos dois casos municipais;

3.6.Informe epidemiológico sobre dengue, não existe em nenhum dos dois casos, ainda não incorporaram como processo de trabalho a disseminação das informações existentes, nem para reorientar as ações de controle e nem para divulgar a situação da dengue.

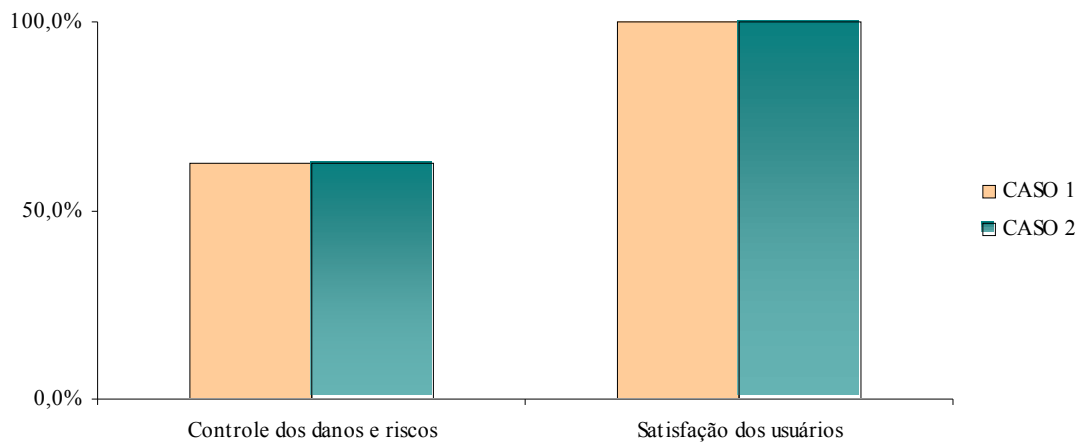
4. Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Mobilização Social no Caso 1 teve a pontuação de 100% e no Caso 2 de 83,3%, por não ter iniciativa própria de confeccionar material educativo de dengue. Os outros critérios analisados tiveram a pontuação máxima nos dois casos como a existência de equipe de IEC com profissionais capacitados para realizarem ações educativas em escolas, comunidades, grupos religiosos, etc por meio de palestras, teatro, e outros eventos. O Ministério da Saúde fornece o material educativo (cartaz, folder, etc) para as SMS divulgarem a importância da participação de toda população no dia “D” de combate a dengue, mas há também a produção de material por iniciativa própria no Caso 1, e todos os órgãos dos municípios se envolvem nessa mobilização social.

Figura 7: Avaliação da PPI-ECD - ação de dengue, no Rio de Janeiro. Resultado da Dimensão Implementação, subdimensões, indicadores e pontos observados, dos dois casos municipais.



As pontuações alcançadas nas subdimensões da dimensão Efetividade encontram-se explicitadas na Figura 8.

Figura 8: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Resultado da Dimensão Efetividade, subdimensões, indicadores e pontos observados, dos dois casos municipais.



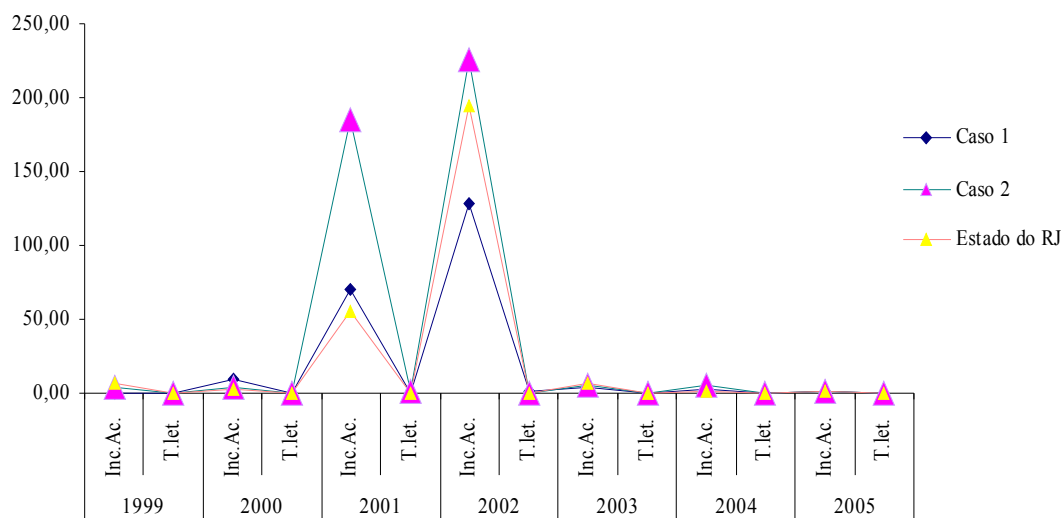
1. Controle de danos e riscos:

1.1.Redução da incidência de dengue nos dois casos municipais é de 100%. O indicador epidemiológico utilizado foi à incidência acumulada (casos/população x 10.000hab.) no período de 1999 a 2005 demonstrados na Tabela 2 (Anexo V).

Na Figura 9, observa-se o aumento considerável da incidência nos dois casos e no Estado, quando houve a ocorrência da grande epidemia de dengue que ocorreu no final de 2001 e início de 2002. Os Casos 1 e 2 conseguiram manter a redução da incidência de dengue nos últimos três anos, conforme a meta esperada pelo PNCD.

1.2.Redução da letalidade de dengue hemorrágica nos dois casos municipais é de 100%. O indicador epidemiológico empregado foi à taxa de letalidade (óbitos/casos x 1.000 hab.), no período de 1999 a 2005. O outro objetivo do PNCD é a redução da letalidade a menos de 1%, e os municípios do estudo mantiveram em 0% a taxa de letalidade nos últimos anos, ilustradas na Tabela 2 (Anexo V) e na Figura 9.

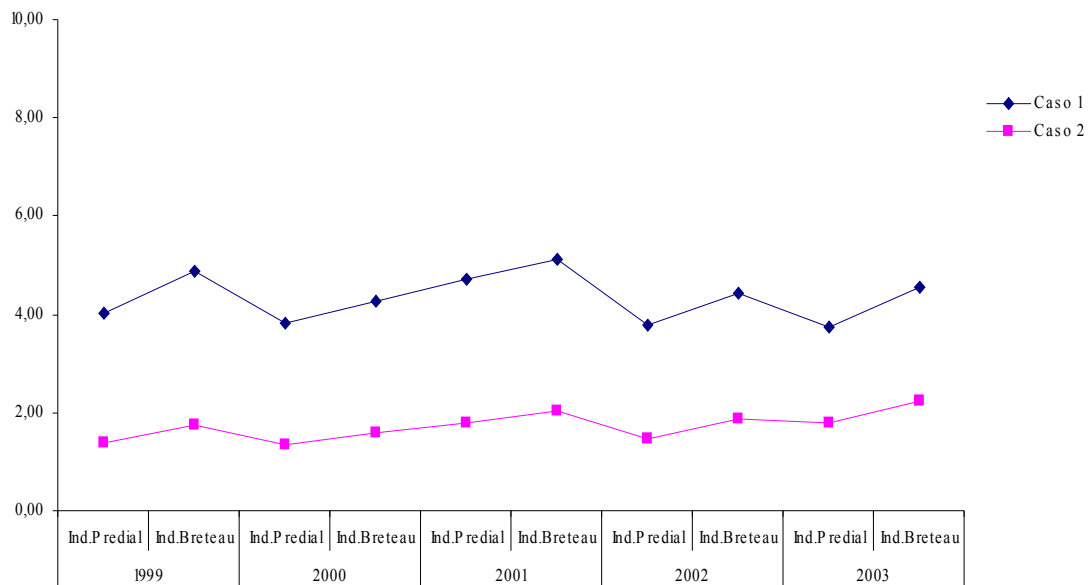
Figura 9: Avaliação da PPI-ECD, ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Incidência acumulada e taxa de letalidade de dengue, no dois casos municipais, de 1999 a 2005.



Fonte: ADTVZ/CVE/SES RJ fevereiro de 2006

1.3.Redução da infestação vetorial nos dois casos teve a pontuação alcançada de 0%. Os indicadores operacionais utilizados foram os índices de infestação predial (imóveis positivos para *Aedes aegypti*/imóveis visitados x 100) e de Breteau (depósitos positivos/imóveis visitados x 100). E ainda há no PNCD o objetivo de reduzir a menos de 1% a infestação vetorial. A Tabela 3 (Anexo V) e a Figura 10 demonstram que os Casos 1 e 2 não reduziram em nenhum ano os seus índices, como a meta esperada, pelo contrário mantiveram quase os mesmos no período de 1999 a 2003.

Figura 10: Avaliação da PPI-ECD, ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Índice de Infestação Predial e Índice de Breteau, dos dois casos municipais, no período de 1999 a 2003.



Fonte: SISFAD gerado pela CVE/SES/RJ no dia 14/10/2005

2. Satisfação dos usuários com os critérios:

2.1. Conhecimento da doença 100% dos usuários entrevistados nos dois municípios selecionados respondeu o que é dengue e os sintomas;

2.2. Prevenção da doença 100% dos usuários entrevistados dos dois casos municipais sabe como evitar a dengue. No Caso 1, observou-se que a prática foi controversa ao discurso dos usuários, pois dois entrevistados mesmo sabendo como prevenir a dengue, na área externa ao domicílio havia depósitos propícios à proliferação do vetor.

2.5. Acesso a UBS 100%, nos dois casos um usuário de cada município utiliza transporte para ir à unidade, mas a maioria dos entrevistados vai a pé, não há gasto para o deslocamento, porque é próxima da residência;

2.4. Qualidade no atendimento nas UBS 100%, a maioria dos usuários entrevistados dos dois municípios informou que não demora a ser atendido, tem lugar para sentar e existe bebedouro com água.

Na Figura 11 observam-se todas as dimensões dos dois casos municipais, o Caso 1 teve um desempenho satisfatório no contexto externo e na implementação em relação ao Caso 2. No contexto político-organizacional e na dimensão efetividade obteve a mesma pontuação.

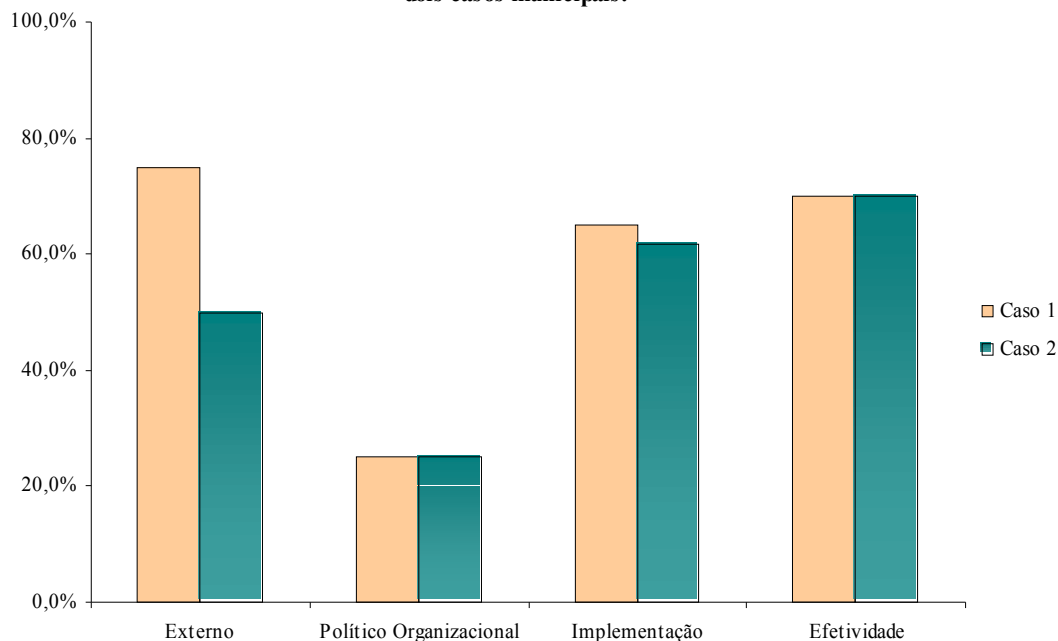
O contexto externo dos dois casos municipais obteve a classificação “desenvolvimento parcial”, no Caso 1 a pontuação foi de 75% e no Caso 2 de 50%.

O contexto político-organizacional obteve o desempenho da gestão dos dois casos municipais considerado “não implantado” com a pontuação alcançada de 25%.

Na dimensão de implementação a pontuação observada no Caso 1 foi de 65% e no Caso 2 de 61,7%, os dois casos ficaram com a classificação “implantação parcial”.

Na dimensão efetividade dos dois casos verificou-se a mesma pontuação de 70%, obtendo a classificação de “desempenho alcançado parcialmente”.

Figura 11 - Avaliação da PPI-ECD – ação de dengue, no Rio de Janeiro. Resultado das Dimensões: Contextos Externo, Político-Organizacional, Implementação e Efetividade de dois casos municipais.



No modelo empregado para avaliação rápida destaca-se a duração das entrevistas, média do tempo das entrevistas com os informantes-chave foi de 50 minutos e com os usuários de 10 minutos, nos dois casos municipais. Não se pode esquecer que antes de iniciar a entrevista propriamente dita é necessária uma explicação sucinta sobre a pesquisa e solicitar o consentimento por escrito dos entrevistados.

A assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi o ponto crítico das entrevistas com os usuários, inicialmente havia disposição de colaborar em fornecer as informações contidas no roteiro, mas no momento de solicitar a assinatura percebia-se uma desconfiança, inclusive houve um usuário que se recusou o ser entrevistado.

A intervenção avaliada foi à ação da PPI-ECD “realizar identificação e eliminação de focos e criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*” verificada através dos pactos dos municípios escolhidos para o estudo, dos anos de 2000 a 2003.

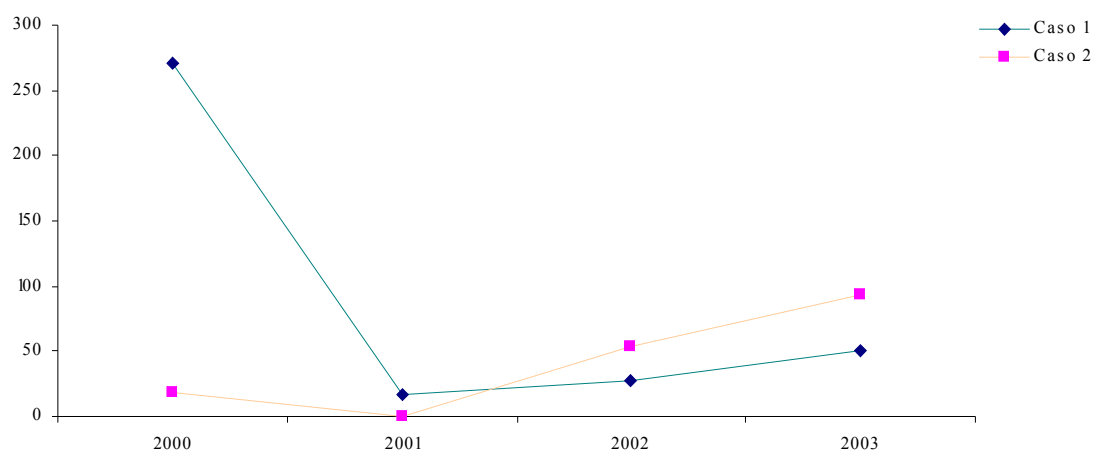
Destaca-se na Figura 12, que no Caso 1 a meta pactuada foi subdimensionada no primeiro ano de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.

Nos outros anos, as metas propostas se tornaram mais reais, mas o município não conseguiu atingir nem 50% do pacto.

Em relação ao Caso 2 observa-se o aumento gradativo do cumprimento da meta pactuada, apesar de não ter informação do ano de 2001.

E analisando esse resultado o município vem incorporando o processo de descentralização das ações de ECD.

Figura 12: Avaliação da PPI-ECD, ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Percentual da ação de dengue cumprida em relação a pactuada, dos dois casos municipais, no período de 2000 a 2003.



Fonte: VIGISUS/CVE/SES RJ outubro de 2005.

7 – DISCUSSÃO

A avaliação em saúde pode ser entendida como uma função importante da gestão que envolve um processo de negociação e pactuação entre os atores sociais que tem a responsabilidade e compromisso com o sistema de saúde.

Baseado neste pressuposto utilizou-se o modelo rápido de avaliação (REM) construído através dos objetivos, metas do PNCD e, correlacionando-os com as informações obtidas após a aplicação do roteiro de entrevistas nos dois municípios selecionados, a responder em que nível de implantação encontra-se a descentralização das ações de ECD, usando a ação de dengue da PPI-ECD como condição traçadora.

A operacionalização da aplicação do roteiro foi rápida e de fácil compreensão pelos entrevistados, apesar do roteiro utilizado para os informantes-chave, ter sido extenso.

Uma das dificuldades encontradas durante a aplicação do roteiro aos informantes chave do Caso 1 foi à falta de disponibilidade de tempo em marcar as entrevistas, por diversas vezes foram remarçadas, sendo que esse fato não ocorreu no Caso 2.

O Caso 1 mostrou uma semelhança nas pontuações alcançadas no contexto externo, implementação e efetividade, já o Caso 2 na implementação e efetividade.

Observa-se no quadro 11, que no Caso 1 a proporção de UBS por habitantes é maior que o Caso 2 e o estado, e foi observado nas entrevistas com os usuários que o acesso da população aos serviços de saúde é satisfatório nos bairros selecionados, porém não traduz uma cobertura adequada já que existe uma predominância de área rural.

No Caso 2, o contexto externo no que concerne à baixa cobertura domiciliar no abastecimento de água (saneamento básico), implica-se em uma necessidade da população em armazenar água em recipientes, que podem produzir focos, refletido na não diminuição dos índices vetoriais.

Ainda neste contexto observou-se a falta de integração dos conselheiros com o programa municipal de dengue nos dois casos municipais.

Essa situação também foi apontada por Pimenta¹², que considera que o controle social não sustenta a prática de reuniões sistemáticas, fora do período epidêmico, para discutir as ações de prevenção e controle da dengue, quando as suas prioridades são outras.

Considerando a implantação de uma intervenção como um jogo de poder organizacional, a abordagem política surge de uma perspectiva crítica de análise das organizações, como citado por Vieira-da-Silva anteriormente.¹⁵

Constata-se no resultado do contexto político-organizacional dos Casos 1 e 2 que a classificação da gestão na área de ECD, é “não implantada”, apontadas nas subdimensões atividade da gerência municipal, autonomia político-financeira e compromisso político.

Os pontos positivos desse contexto foram à integração das SMS com outras secretarias do próprio município e de existir um setor que discuta, elabora e participam dos pactos relativos as ações e metas de ECD.

Os principais critérios que apresentaram a pontuação baixa nos dois casos municipais foram:

- Os gerentes municipais das ações de dengue assumiram as suas responsabilidades a menos de um ano, o que acarreta em descontinuidade das atividades de campo. Não se podem ignorar os efeitos que as mudanças de coordenação, em todos os níveis, causam nos re-arranjos intra-institucionais, nas organizações internas e na continuidade da implementação de políticas públicas de saúde,

- Não ter no processo de trabalho a prática de analisar os dados coletados pelos sistemas oficiais existentes para monitorar as ações de controle da dengue com o objetivo de que os profissionais de saúde tenham pelo menos a noção da situação da doença nos seus municípios. Pimenta¹² cita que não foi observada nos municípios estudados por ele, uma rotina em utilizar os indicadores para o monitoramento da situação entomo-epidemiológica,
- O não gerenciamento dos recursos do TFECD pelo secretário municipal de saúde e do conhecimento do real valor que o município recebe do Ministério da Saúde, fato este que pode inviabilizar o cumprimento do pacto e até ter o recurso suspenso pelo mau uso ou não uso. Essa observação contrapõe a um dos avanços apontados na descentralização das ações de ECD que é a transferência direta dos recursos financeiros e a autonomia para a aplicação dos mesmos. O mesmo foi verificado nos achados de Natal²², a incapacidade de gerenciamento e utilização dos recursos financeiros,
- A existência dos FMS sem cumprir com o seu papel influencia diretamente no planejamento e na execução das ações de ECD,
- O desconhecimento dos informantes-chave sobre a existência do plano municipal de saúde e quem o elabora, leva a crer no descaso do setor saúde em planejar as suas ações,
- E ter os recursos humanos cedidos pela União atuando nos municípios, sem possuir nos seus quadros funcionais, servidores municipais para executarem as ações de controle da dengue, o que reduz o compromisso social e político com as ações.

Em relação à implementação, a subdimensão atenção básica de saúde encontra-se com a integração e incorporação das ações de dengue entre o PMCD e PACS/PSF

bastante incipientes e também há insuficiência na cobertura da população atendida pelo PSF/PACS (menos de 50%), nos dois casos municipais.

Mas destaca-se no Caso 1 e no Caso 2, um avanço na abordagem da assistência ao paciente, explicado pela realização de capacitação dos profissionais de saúde para identificar clinicamente a dengue.

A vigilância ambiental tanto no Caso 1 quanto no Caso 2 foi inadequada na sua implantação, esta subdimensão é primordial para avaliar o grau de implantação da intervenção escolhida, principalmente quando foram abordados os critérios cobertura da visita domiciliar e monitoramento da infestação vetorial.

Observou-se na coleta de dados uma incoerência, nos dois municípios estudados, do quantitativo de agentes que é suficiente para alcançar a meta de cobertura das ações de dengue, o que não foi encontrado nos dados secundários (SISFAD).

Apesar de transcorrido seis anos da descentralização, um aspecto importante detectado nos dois municípios é a reprodução do processo de trabalho ainda nos moldes da instância federal quando esta executava diretamente a ação de controle da dengue, também apontado por Pimenta¹².

Também se verifica que a meta pactuada na PPI-ECD dos Casos 1 e 2, e utilizada como condição traçadora “realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em imóveis” não foi cumprida nos quatro primeiros anos da descentralização das ações de ECD (Figura 12).

Uma das hipóteses do não alcance da meta pactuada pode ter sido a falta de estrutura organizacional como planejamento, recursos humanos e insumos suficientes para a execução da ação e também por se tratar de processo novo que antes era realizado pelo nível federal.

Em relação à classificação da avaliação da PPI-ECD, realizada pela equipe da SES/RJ, em 2002, percebe-se uma mudança no resultado, o município que obteve uma

gestão boa em 2002, nesta avaliação ele foi parcial na sua implantação tendo pouca diferença do outro município que tinha sido classificado com uma gestão com problema.

A vigilância epidemiológica dos dois municípios não utiliza as informações existentes nos sistemas nem para reorientar as ações e nem para divulgá-las.

No Caso 2 não há encerramento dos casos suspeitos de dengue e nem há retroalimentação das notificações para suas unidades de saúde, já no Caso 1 essas atividades são realizadas.

Um aspecto positivo que se deve destacar na vigilância epidemiológica dos municípios desse estudo é a investigação dos óbitos e a coleta oportuna de sangue para o diagnóstico laboratorial

Outro ponto positivo desta dimensão é a subdimensão IEC e mobilização social principalmente no Caso 1, com iniciativa própria de divulgar a prevenção da dengue promovendo atividades, como apresentação de um grupo de teatro para as crianças; já no Caso 2, a única atividade não executada é a confecção de material educativo produzido pela equipe da SMS.

Diferente dos resultados do presente estudo, Pimenta¹² identificou uma grande dificuldade para implantar as ações educativas na rede de ensino e incentivar a população na fiscalização das ações executadas pelo poder público.

Na dimensão efetividade, os indicadores (dados secundários relativos ao vetor e a doença) analisados foram coletados na SES/RJ, sem serem confrontados com os dados do sistema de informações dos municípios estudados. Os municípios não tinham as informações de todos os anos deste estudo.

Com a institucionalização do PNCD, em julho de 2002, que tem como uns dos objetivos a redução de 50% do número de casos de dengue de 2003 em relação a 2002 e, nos anos seguintes 25% a cada ano. Os dois casos municipais reduziram a incidência de dengue nos últimos anos.

Os índices de infestação vetorial medidos pelo IIP e IB dos dois casos municipais não tiveram correlação direta na incidência de dengue nos anos de epidemia (final de 2001 e início de 2002), pois eles não foram muito diferentes em nenhum ano do período estudado (1999 a 2003), conforme demonstrado na Tabela 3 (Anexo V).

Provavelmente esses índices não são confiáveis, pois os municípios não tiveram a cobertura domiciliar adequada de acordo com as informações contidas na Figura 12, isto se confirma pela coleta dos dados do SISFAD estadual, os dois casos municipais não tinham nos arquivos locais as informações desde do início da descentralização das ações de ECD.

Segundo a OMS, é recomendado manter o IIP abaixo de 1% e o IB a menos de 5%, mas segundo Gomes (1998), citado por Tauil⁹ não se sabe qual o índice de infestação abaixo do qual a transmissão de dengue se interrompe. Mas a manutenção dos índices baixos reduz o risco de transmissão de dengue.

Esta tese é reforçada no artigo de Teixeira (2002), onde se observou que mesmo tendo uma eficiência do programa de controle, as ações vetoriais não foram suficientes para causar impacto significativo na circulação viral. E também na experiência de Singapura que mostrou que mesmo reduzindo a população vetorial a índices próximos de zero não alterou a força de transmissão da dengue.²⁴

No que diz respeito à percepção dos usuários dos dois municípios estudados foi mostrado o conhecimento sobre os sintomas da dengue e como prevenir. Em duas casas do caso 1 observou-se que havia depósitos que poderiam ser criadouros, os achados foram semelhantes aos verificados por Chiavaralotti²⁵ e Brassolatti²⁷.

O trabalho de Chiavaralotti²⁵ mostrou que as mulheres entrevistadas, mesmo tendo conhecimento sobre a prevenção e nas suas falas foram justificadas que não existia criadouros de mosquitos nas casas, foram observadas contradições com a realidade, pois havia nas residências depósitos propícios à proliferação do vetor.

A mesma situação foi descrito no artigo de Brassolatti²⁷, a única diferença foi o público-alvo, que foram os professores, alunos e familiares. E Chiavaralotti Neto²⁶ observou que mesmo após ações educativas as moradoras aumentaram o conhecimento sobre a doença e prevenção, tendo mudança de hábitos em relação aos criadouros.

O resultado de 100% nos dois casos estudados, no critério de conhecimento e prevenção da dengue, deve-se ao convívio da população do Estado do Rio de Janeiro, por duas décadas com esse agravo e três epidemias, com intensas campanhas veiculadas na mídia.

Essas evidências só confirmam a importância da permanente divulgação sobre a doença, seu vetor e sua prevenção, e aperfeiçoamento das estratégias de comunicação.

Existe uma satisfação dos usuários com atendimento nas unidades de saúde, e essas são localizadas próximas de suas residências, sem precisar de meio de transporte para o trajeto.

Os resultados, de uma maneira geral, mostram que nos dois casos municipais:

- O contexto externo parece ter contribuído no desempenho da dimensão efetividade na subdimensão controle de danos e riscos;
- O contexto político-organizacional pode ter influenciado a dimensão de implementação, principalmente nas subdimensões vigilância ambiental e vigilância epidemiológica, pois estas dependem diretamente dos recursos financeiros do TFECD, para a realização das ações pactuadas;
- Há uma dissociação entre a avaliação da dimensão político organizacional, que apresentou um baixo desempenho, com as dimensões implementação e efetividade.

Citado por Pimenta¹², Tauil (2002), refere-se à situação político-institucional do país, principalmente nos serviços de saúde, que não se permite mais combater mosquito

baseado nos modelos anteriores, através de campanha centralizada, verticalizada e hierarquizada.

O desafio da descentralização das ações de ECD, principalmente as transmitidas por vetores está posto, e deve ser acompanhada sistematicamente por meio da avaliação em serviços de saúde, como um processo rotineiro no cotidiano da gestão em articulação com as áreas técnicas e administrativas, sem esquecer a participação dos usuários, pois é uma ferramenta indispensável na reorganização das ações e na tomada de decisões.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo empregado permitiu avaliar a implantação da PPI-ECD nos dois municípios, onde foi considerada parcial, pois o indicador utilizado não traduz os riscos que a população está submetida.

Alguns desafios precisam ser confrontados, como: ampliar a integração entre a área de epidemiologia e outras áreas da saúde; manter as ações de epidemiologia na agenda política de prioridades do SUS; aperfeiçoar a gestão da execução financeira; aprimorar e ajustar a cobertura das ações de dengue e fomentar o monitoramento das ações de ECD.

Sugere-se a adoção da prática de avaliar como processo de trabalho cotidiano nas três instâncias federativas e nos diversos níveis do sistema de saúde. E o Ministério da

Saúde, principalmente a Secretaria de Vigilância em Saúde pela relevância do tema, pode assumir o papel de indutor da institucionalização da avaliação com caráter pedagógico, cooperativo e formativo das práticas, deixando de lado o hábito punitivo e burocrático que se criou no serviço público de maneira geral.

A difusão dos achados deste trabalho será divulgado em forma de relatórios e em artigo científico, com o intuito de subsidiar as instituições governamentais na tomada de decisão e na melhor utilização dos insumos.

8.1 - Limitação do estudo

As limitações deste estudo podem-se dizer que foram:

- Uso do banco de dados secundários coletados de uma única fonte de informações, pois os dados não foram validados com os bancos de dados secundários das Secretarias Municipais de Saúde eleitas para o estudo, na medida em que não estavam disponíveis no momento da visita e nem possuíam todos os dados dos anos de 1999 a 2004.
- As entrevistas foram aplicadas e transcritas por apenas um único avaliador.
- O fato de se ter escolhido como informantes-chave somente pessoas que estavam exercendo cargo ou função de gerência.
- Não houve financiamento para a execução deste trabalho, cuja metodologia utilizada permite a ampliação para outros municípios, o que traria mais riqueza nos resultados e na discussão.

9-REFERÊNCIAS:

1. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Bahia: Casa da Qualidade Editora; 2001.
2. Carvalho AI. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. Saúde e Democracia. A Luta do CEBES 1997; 93-111.
3. Teixeira CT, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos e vigilância da saúde. IESUS 1998; VII(2):7-28.
4. Portaria nº 1.399. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 15 dez.

5. Portaria nº 950. Define o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças TFECD. Diário Oficial da União 1999; 23 dez.
6. Instrução Normativa nº 02. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD. Diário Oficial da União 2001; 06 dez.
7. Portaria nº 1.172. Revoga a Portaria nº 1.399. Diário Oficial da União 2004; 15 de junho.
8. Penna MLF. Texto de Apoio da Unidade I do Curso de Avaliação. 2005
9. Tauil PL. Urbanização e ecologia do dengue. Cad Saúde Publ 2001; 17 (Suplemento): 99-102.
10. Braga I. Monitoramento da resistência de populações naturais de *Aedes aegypti* do Brasil a inseticidas e avaliação do potencial de utilização de methoprene, um regulador do crescimento de insetos, em seu controle [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
11. Consoli RAGB & Lourenço-de-Oliveira R. Principais Mosquitos de Importância sanitária no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p.48-9.
12. Pimenta Jr FG. Desenvolvimento e Validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Dengue no Rio de Janeiro (<http://portal.saude.gov.br/portal/svs>, acessado em fevereiro de 2006).
14. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue; 2002.

15. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. IN: Hartz ZMA e Vieira-da-Silva LM organizadoras. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.15-39.
16. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL & Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: Hartz ZMA organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.29-47.
17. Denis JL & Champagne F. Análise de implantação. IN: Hartz ZMA organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.49-88.
18. Santos EM, Hartz Z, Natal S, Sabroza P, Barbosa A & Pascon ARP. Avaliação dos Programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose e Hanseníase na Amazônia Legal: uma proposta de concepção teórica e metodológica comum aos processos endêmicos. IN: Santos EM e Natal S organizadoras. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p.75-81.
19. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Daniel Grassi – 3. ed. - Porto Alegre: Editora Artmed - Bookman; 2005.
20. Merriam, S.B. (1988). Case study research in education: A qualitative approach. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
21. Needle RH, Trotter RT, Goosby E, Bates C & von Zinkernage D. Um guia para conduzir avaliação rápida e pronta resposta (RARE) na comunidade. Departamento de Saúde Pública e Assistência – Escritório de Políticas de HIV/AIDS; 2000.
22. Natal S, Penna ML, Santos EM, Hartz Z, Sabroza P, Cruz M et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: estudo de casos na Amazônia Legal. Bol Pneumol Sanit 2004; 12(2): 91-109.
23. Price TLM. Indicators and research methods for rapid assessment of a tuberculosis control programme: case study of a rural area in South Africa. Tubercle and Lung Disease. 1995; 76: 441-49.

24. Teixeira MG, Barreto ML, Costa MCN, Ferreira LDA & Vasconcelos PFC. Avaliação de impacto de ações de combate ao *Aedes aegypti* na cidade de Salvador, Bahia. Rev. Bras. Epid. 2002; 5(1): 108-15.
25. Chiaravalotti VB, Morais MS, Neto FC, Conversani DT, Fiorin AM, Barbosa AAC et al. Avaliação sobre a adesão às práticas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 (5): 1321-29.
26. Chiaravalotti Neto F, Costa AIP, Moura MAS, Soares MRD, Pereira FC, Battigaglia M et al. Avaliação de ações municipais de combate a vetores da dengue na região de São José do Rio Preto, São Paulo, 1989 a 1995. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1999; 32(4): 357-62.
27. Brassolatti RC & Andrade CFS. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7 (2): 243-51.
28. Chiaravalotti Neto F, Moraes MS & Fernandes MA. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. Cad. Saúde Pública. 1998; 14 (Supl. 2): 101-09.
- 29 Santos EM & Natal S. Termo de Referência para avaliação do componente PROESF/Ministério da Saúde. 2006. mimeo; p.31.
30. Ministério da Saúde. DATASUS. População do estado do Rio de Janeiro de 1999 a 2006 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popRJ.defem>, acessado em 17/Jan/2006).
31. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Índice de desenvolvimento humano (www.pnud.org.br/idh acessado em fevereiro de 2006).

ANEXO I

Roteiros de Entrevistas para Avaliar o processo de implantação das ações da PPI-ECD, utilizando o modelo REM e como condição traçadora a ação de controle da dengue em municípios no Estado do Rio de Janeiro.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistados:

Usuários dos Serviços Municipais de Saúde

1. Sabe o que é dengue? SIM NÃO

1.1. Comentários: _____

2. Como evitar a dengue?

2.1.Comentários:

3. De que maneira obteve informações sobre a dengue?

3.1.Comentários:

4. Existe no bairro onde você mora, trabalho de controle da dengue?

SIM NÃO

4.1. Se **sim**, especificar: _____

5. O profissional de saúde da prefeitura entra na sua casa para executar algum trabalho?

SIM NÃO

5.1. Se **sim**, o que é feito: Conversa sobre dengue SIM NÃO

Olha os depósitos SIM NÃO

Pergunta se existe algum depósito com água SIM NÃO

Destrói os depósitos SIM NÃO

Trata os depósitos SIM NÃO

Não faz nada SIM NÃO

5.2.Comentários: _____

6. Já teve dengue? SIM NÃO

6.1. Se **não**, conhece alguém que teve dengue? SIM NÃO

6.2. Comentários: _____

7. Existe no bairro que você mora, Unidade Básica de Saúde?

SIM NÃO

7.1. Caso **não** tenha, qual a distância da UBS mais próxima? _____

7.2. Qual o meio de transporte usado: _____

7.3. Quanto custa o deslocamento: _____

7.4. Já utilizou o serviço de uma UBS? SIM NÃO

7.4.1. Se **sim**, especificar o atendimento _____

7.4.2. Comentários: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistados:

Secretário Municipal de Saúde e/ou Gerente de Epidemiologia/Ambiental e/ou Coordenador do Programa Municipal de Controle da Dengue, representante do Conselho Municipal de Saúde.

A. Dimensão: Contexto Organizacional

1. Gestão Municipal:

1.1. Existe um setor na SMS que se responsabilize pela PPI-ECD?

SIM NÃO

1.1.2. Em que ano foi instituído: _____.

1.1.3. Tem dirigente designado? SIM NÃO

1.1.4. Há quanto tempo _____

1.1.5. Há uma equipe específica? SIM NÃO

1.1.6.Comentários:

1.2. Esse setor é subordinado a:

1.2.1. Vigilância Epidemiológica: SIM NÃO

1.2.2. Vigilância Sanitária: SIM NÃO

1.2.3. Vigilância Ambiental: SIM NÃO

1.2.4. Vigilância em Saúde: SIM NÃO

1.2.5. Comentários: _____

1.3. Existe um setor na SMS que se responsabilize pelo controle da **dengue**?

SIM NÃO

1.3.1 Em que ano foi instituída: _____

1.3.2. Tem dirigente designado? SIM NÃO

1.3.3. Há quanto tempo _____

1.3.4. Participa dos pactos (PPIs)? SIM NÃO

1.3.5.Comentários: _____

1.4. Esse setor é subordinado a:

1.4.1. Vigilância Epidemiológica: SIM NÃO

1.4.2. Vigilância Sanitária: SIM NÃO

1.4.3. Vigilância Ambiental: SIM NÃO

1.4.4. Vigilância em Saúde: SIM NÃO

1.4.5. Centro de Controle de Zoonoses: SIM NÃO

1.4.6. Comentários: _____

1.5. A SMS utiliza ferramenta (s) para o monitoramento das ações de controle da dengue?

SIM NÃO

1.5.1. Qual (is)? _____

1.5.2. Periodicidade do monitoramento: Mensal: Bimestral:

Trimestral: Semestral : Outros:

1.5.3 O monitoramento é divulgado entre os profissionais de saúde?

SIM NÃO

1.5.4. Se sim, de que forma: _____

1.6. Existe articulação e/ou programação conjunta com outros setores e/ou órgãos do município (formal e Informal)? SIM NÃO

1.6.1. Se **sim**, especificar: _____

1.6.2. Comentários: _____

1.7. Existe plano de gestão de saúde? SIM NÃO

1.7.1 Se **sim**, o controle da dengue está incluído? SIM NÃO

1.7.2. Quem elabora?

Representantes de diferentes áreas da SMS: ;

Técnicos da SMS da área de combate ao vetor: ;

Técnicos da área de Planejamento ;

e Outros

1.7.3. Comentários: _____

1.8.O Secretário Municipal de Saúde é Gestor do Fundo Municipal de Saúde ?

SIM NÃO

1.8.1. Se **não**, como o Fundo é gerido: _____

1.9. Financiamento: Recursos do TFECED para o município:

Repasse mensal do TFECED: R\$ _____

1.9.1.Valor aplicado no Controle da Dengue:R\$ _____

1.9.2.Valor da contrapartida municipal para a área de epidemiologia e controle de doenças R\$ _____

1.9.3.Valor da contrapartida destinada ao controle da dengue?

R\$ _____

1.9.4. A contrapartida está identificada no orçamento do município ou SMS?

SIM NÃO

1.9.5.De que forma? _____

1.9.6 Comentários: _____

2.0. Como é viabilizado o pessoal para a execução das ações de controle da dengue?

2.0.1 Concurso Público: SIM NÃO **Proporção:** %

Em atuação %

2.0.2 Emprego Público: SIM NÃO **Proporção:** %

Em atuação %

2.0.3.Cooperativa: SIM NÃO **Proporção:** %

Em atuação %

2.0.4. Terceirização: SIM NÃO **Proporção:** %

Em atuação %

1.4.4 Como as ações foram incorporadas ? _____

1.4.5 Treinamento em serviço ? SIM NÃO

1.4.6. Curso específico? SIM NÃO

1.5. O Programa de Saúde da Família – PSF desenvolve ações de prevenção da dengue:

Educação em saúde SIM NÃO

Orientação ao morador para a eliminação de criadouros SIM NÃO

Informações sobre sinais e sintomas SIM NÃO

1.5.1.Total de equipes: _____;

1.5.2. Cobertura total no município: _____%; Cobertura na área urbana: _____%;
Cobertura na área rural: _____%

1.5.3. O PSF incorporou as ações de controle da dengue (eliminação de criadouros, levantamento de índice ou pesquisa larvária)?

SIM NÃO

1.5.4. Número de equipes com ações de controle incorporadas: _____;

Cobertura no município: _____%; Cobertura na área
urbana: _____%; Cobertura na área rural: _____%.

2. Integração da Vigilância Ambiental

1.1. O Coordenador ou Gerente Municipal do Programa de Controle da Dengue conhece o “Manual de Normas Técnicas para o Controle da Dengue” editado pelo Ministério da Saúde? : SIM NÃO

1.1.1. Possui esse Manual ? : SIM NÃO

1.1.2. Recebe da Secretaria de Estado da Saúde – SES cópias das

Notas Técnicas emitidas pelas Coordenações Nacional /Estadual do Programa de Controle da Dengue: _____

1.1.2.1. Federal : SIM NÃO ; Estadual: SIM NÃO

1.1.3. Tem acesso regular a internet para acessar orientações técnicas ?

SIM NÃO

1.1.3.1. Como: SMS: SIM NÃO ; Particular: SIM NÃO

2.1. Nº de imóveis existentes: IBGE: _____

Prefeitura: _____

2.2. N° de imóveis pactuados para realizar visita domiciliar: _____

2.3. N° de ciclos pactuados: _____

2.5. Agentes de campo atuando nas ações de controle da dengue:

2.5.1. Quantitativo: Necessário: _____

Existente: _____

2.6. Número de supervisores de campo atuando: _____

2.7. Número de laboratorista: _____

2.8. Há capacitação em vigilância ambiental/entomológica para os agentes de campo?

SIM NÃO

2.8.1 Se **sim**, quando ocorreu a última: _____

2.8.2. Comentários: _____

2.9. As bases geográficas de trabalho entre as equipes de controle da dengue e as

equipes do PACS/PSF estão unificadas? SIM NÃO

Especificar: _____

2.9.1. Comentários: _____

3. Integração da Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação:

1.1. O SISFAD está instalado no município? SIM NÃO

1.1.1. Se **sim**, qual a periodicidade da remessa dos dados para a SES:

1.2. Quantos computadores operam o SISFAD ou sistema similar?

1.2.1. Número de computadores: ____; Uso exclusivo: SIM NÃO

1.3. Se compartilhado, existe alguma regra para utilização? :

SIM NÃO

1.3.1. Se **sim**, qual: _____

1.4. Qual a periodicidade da emissão dos relatórios desse sistema? _____

1.5. O SINAN está instalado no município? SIM NÃO

1.5.1. Se **sim**, qual a periodicidade da remessa dos dados para a SES:

1.6. Quantos computadores operam o SINAN? _____

1.6.1. Número de computadores: _____; Uso exclusivo: SIM NÃO

1.6.2. Se compartilhado, existe alguma regra para utilização?:

SIM NÃO

1.6.2.1. Se **sim**, qual: _____

1.7 Existe rotina de envio do SINAN para a SES? SIM NÃO

1.7.1. Se **não**, especificar os problemas : _____

1.8. A SMS acompanha o encerramento dos casos de dengue no SINAN?

SIM NÃO

1.8.1. Se **sim**, como: _____;

E em que setor: _____ Periodicidade: _____

1.8.2. Proporção de casos de dengue abertos/encerrados no SINAN? ___%

1.9. Há retroalimentação entre: SES – SMS: SIM NÃO

SMS – UBS SIM NÃO

2.0. São colhidas amostras de sangue de forma sistemática (períodos epidêmicos e interepidêmicos) para sorologia? SIM NÃO

2.0.1. Se sim, qual a periodicidade: Semanal: ; Quinzenal: ; Mensal: ;

Bimensal: ; Outra: Especificar: _____

2.1. Coleta de amostras de sangue rotineira (períodos epidêmicos e interepidêmicos) para isolamento viral: SIM NÃO

2.1.1. Se **sim**, especificar qual a periodicidade: Semanal: ; Quinzenal: ; Mensal: ; Bimensal: ; Outra: ; Especificar: _____

2.1.2. Comentários:

2.2. Tempo médio para recebimento dos resultados: _____ dias

2.2.1. Comentários: _____

2.3. Existe rotina para investigação de óbitos suspeitos de dengue?

SIM NÃO

2.3.1. Se **sim**, como: _____

2.4. Existe informe epidemiológico sobre dengue? SIM NÃO

2.4.1. Se **sim** – Periodicidade: _____

2.4.2. Como e para quem é distribuído: _____

2.4.3. Quais os principais indicadores utilizados: _____

2.4.3.1 Esses indicadores são para: Reorientar as ações SIM NÃO

Divulgação SIM NÃO

4. Informação, Educação e Comunicação em Saúde e Mobilização Social:

1. Existem equipes específicas para as ações de IEC e Mobilização Social?

SIM NÃO

1.1. Se **sim**, quantos profissionais: _____

1.2. Os profissionais tiveram treinamento específico? SIM NÃO

1.3. Comentários: _____

1.4. Como é avaliado o trabalho destes profissionais:

Relatórios ; Reuniões ; Entrevista c/ população

1.4.1. Comentários: _____

1.5. São realizadas ações educativas sobre dengue para a população?

SIM NÃO

1.5.1. Se sim, de que forma: Especificar _____

1.5.2. O material (cartaz, folder, banner, e outros) é produzido pelo (a):

Ministério da Saúde: SIM NÃO

Secretaria de Estado de Saúde: SIM NÃO

Secretaria do Município de Saúde: SIM NÃO

Outros : SIM NÃO

1.6. O município realiza atividades no Dia Nacional de Mobilização Contra a

Dengue: SIM NÃO

1.6.1. Se sim, quais: Especificar _____

1.6.2. Existe envolvimento de outras secretarias municipais e da sociedade

organizada? SIM NÃO

1.6.3. Comentários: _____

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DIRETORIA TÉCNICA DE GESTÃO

PROJETO DE PESQUISA: Modelo Rápido de Avaliação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças, Utilizando como Condição Traçadora a Ação de Dengue: Um Estudo de Caso Municipal no Estado do Rio de Janeiro.

Eu, abaixo assinado, após ter sido esclarecido pelo entrevistador, declaro que concordo em participar do projeto de pesquisa: “Modelo Rápido de Avaliação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças, Utilizando como Condição Traçadora a Ação de Dengue: Um Estudo de Caso Municipal no Estado do Rio de Janeiro”, cujo objetivo é avaliar o processo de implantação das ações da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças, utilizando como condição traçadora a ação/meta da dengue em municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2003.

Estou ciente dos objetivos desta pesquisa e concordo em responder o questionário, sabendo que tenho a garantia do sigilo, ou seja, segredo sobre minha identidade, tendo em vista de que as informações que prestarei serão tratadas de forma confidencial.

Declaro ainda que estou ciente de que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja prejuízo de qualquer natureza para a minha pessoa.

Em caso de dúvidas, poderei contactar o responsável pela pesquisa e o Comitê de Ética e Pesquisa nos telefones e endereços eletrônico: Rita de Cassia Galhardo de Mello – Tel: 0XX 21 39747521 e e-mail: rita.mello@saude.gov.br e o CEP - Tele Fax – 0XX 21 2598-2863 cep@ensp.fiocruz.br

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO III

Quadro 7: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Matriz do REM: Contexto Externo e Contexto Político-Organizacional.

INTERVENÇÃO: Ação descentralizada de controle do vetor da dengue

Método de Coleta

Dimensões	Critérios ou Indicadores	I	II	III	IV	V	Escore
I.Contexto Externo							
1. Condições sócio-econômicas	Índice de Desenvolvimento Humano					x	
	% domicílios com coleta de lixo					x	
2. Saneamento Básico	% domicílios com abastecimento de água					x	
	3. Controle Social	CMS discute as ações de dengue		x	x		
II. Contexto Político - Organizacional							
1. Gestão Municipal	Existência do setor PPI-ECD		x	x			
	Tempo de atuação como gerente do PNCD		x	x			
1.1. Autonomia Técnico-Gerencial	Intersetorialidade		x	x			
	Utilização de ferramentas para monitoramento das ações de controle	x	x	x			
1.2. Autonomia Político - Financeira	Divulgação das informações	x	x	x			
	Gestão do TFECF	x	x				
1.3. Compromisso político	Fundo Municipal de Saúde		x	x			
	Plano Municipal de Saúde	x	x	x			
	Recursos Humanos (tipo de contrato)		x	x			

*Legenda: Método de Coleta: I – Documentos das ações de Controle, II -Entrevista com os Profissionais, III – Observação, IV - Entrevista com Usuários, V – Dados secundários: SINAN, SISFAD, IBGE, DATASUS e outros.

**Quadro 8: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro.
Matriz do REM: Implementação.**

INTERVENÇÃO: Ação descentralizada de controle do vetor da dengue

Dimensões	Critérios ou Indicadores	Método de Coleta					Score
		I	II	III	IV	V	
III. Implementação							
1. Atenção Básica de Saúde							
1.1. Assistência ao paciente	Nº unidades com diagnóstico clínico	x	x				
	Nº de postos para coleta de sangue	x	x				
1.2 Capacitação	Nº de médicos qualificados em diagnóstico clínico		x				
1.3. Integralidade da Assistência	Integração entre a gerência de dengue e o PSF/PACS		x				
	Cobertura PSF/PACS		x				
2. Vigilância Ambiental e Entomológica							
2.1. Sistema de Vigilância Ambiental e Entomológica	Integração da vigilância ambiental com outros serviços		x	x			
	SISFAD implantado		x	x		x	
	% Cobertura da visita domiciliar		x	x		x	
	Monitoramento da infestação vetorial		x	x		x	
	Agentes treinados em vigilância ambiental e/ou entomológica		x	x			
3. Vigilância Epidemiológica							
3.1. Sistema de Informação e Vigilância Epidemiológica	SINAN implantado		x	x		x	
	Encerramento dos casos		x				
	Retroalimentação		x				
	Investigação de óbitos		x				
	Coleta de sangue		x				
	Análise de indicadores		x	x			
4. Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Mobilização Social	Ações educativas		x	x			
	Material produzido MS		x	x			
	Material produzido por iniciativa local		x	x			
	Envolvimento da sociedade civil organizada		x				
	Nº de profissionais treinados em IEC		x				

*Legenda: Método de Coleta: I - Documentos das ações de Controle, II -Entrevista com os Profissionais, III – Observação IV - Entrevista com Usuários, V – Dados secundários: SINAN, SISFAD, IBGE, DATASUS e outros.

**Quadro 9: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro.
Matriz do REM: Efetividade.**

INTERVENÇÃO: Ação descentralizada de controle do vetor da dengue

Dimensões	Critérios ou Indicadores	Método de Coleta					Escore
		I	II	III	IV	V	
IV. Efetividade							
1. Controle dos Danos e Riscos	Redução de incidência por dengue						x
	Redução letalidade de dengue hemorrágica						x
	Redução da infestação vetorial						x
2. Satisfação dos usuários	Conhecimento da doença			x	x		
	Conhecimento da prevenção			x	x		
	Unidade básica de saúde						
	Acesso: - Tempo de casa a unidade			x	x		
	- Custo						
	Qualidade no atendimento: tempo de espera, água filtrada.						x
	local para sentar						x

*Legenda: Método de Coleta: I - Documentos das ações de Controle, II -Entrevista com os Profissionais, III – Observação, IV - Entrevista com Usuários, V –Dados secundários: SINAN, SISFAD, IBGE, DATASUS e outros.

Fonte: Natal S et al, 2004. ²²

ANEXO IV

Quadro 11: Avaliação da PPI-ECD – ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Matriz de Resultado da Avaliação

Dimensão	Pontuação	Pontuação observada	Pontuação Observada (%)		Classificação			
Contexto Externo	Σ máximo	Σ observada	$(\Sigma$ observada/máximo)100		Desenvolvimento satisfatório = 80 % Desenvolvimento parcial entre 50% a 79% Não desenvolvido = 49 %.			
			CASO 1	CASO 2				
	40		75%	50%				
Subdimensão	Critério/Indicador		Pontuação das categorias	Pontuação máxima	Pontuação Observada		Fonte de Informação	Coleta de dados
Condições sócio-econômicas	Índice de Desenvolvimento Humano		> 0,600 = 10 < 0,600 = 0	10	100%	100%	PNUD	Secundário
Saneamento Básico	Proporção de Domicílios com coleta de lixo		sim = 10 não = 0	20	100%	100%	DATASUS	Secundário
	Proporção de Domicílios com abastecimento de água		sim = 10 não = 0		100%	0%		
Controle Social	CMS discuti as ações de controle da dengue		sim = 10 não = 0	10	0%	0%	Observação	Primário
Contexto Político e Organizacional	Σ máximo	Σ observada	$(\Sigma$ observada/máximo) 100		Implantação satisfatória = 80 % Implantação parcial 60 a 79% Implantação inadequada 50 a 59% Não implantação = 49 %.			
	100		CASO 1	CASO 2				
			25%	25%				
Subdimensão	Critério/Indicador		Pontuação das categorias	Pontuação máxima	Pontuação observada		Fonte de Informação	Coleta de dados
Autonomia Técnico-Gerencial	Setor PPI-ECD		sim = 5 não = 0	50	40,0%	40,0%	Entrevistas, Observação	Primário
	Gerência de dengue		+ de 1 ano = 10 até 1 ano=5					
	Intersetorialidade		sim = 10 não = 0					
	Ferramentas para monitoramento das ações de controle		sim = 10 não = 0					
	Divulgação das Informações		sim = 10 não = 0					
Autonomia Política e Financeira	Gestão do TFECD		secretário=15 prefeito=0	30	0%	0%	Entrevistas, Observação	Primário
	FMS constituído		sim = 15 não = 0					
Compromisso político	Plano municipal de saúde		sim = 5 não = 0	20	25%	25%	Entrevistas, Observação	Primário
	Recursos Humanos		Municipal=10 Federal=5 Terceirizado=0					

Implementação	Σ máximo	Σ observada	(Σ observada/máximo) 100		Implantação Satisfatória = 80 % Implantação parcial 60 a 79% Implantação inadequada 50 a 59% Não Implantação = 49 %.						
	300		CASO 1	CASO 2			CASO 1	CASO 2			
			65,0%	61,7%							
Subdimensão	Critério/Indicador	Pontuação das categorias	Pontuação máxima	Pontuação observada		Fonte de Informação	Coleta de dados				
				Caso 1	Caso 2						
Atenção Básica de Saúde	Nº de Unidades que realizam diagnóstico clínico epidemiológico de dengue	sim = 20 não = 0	40	100%	100%	Entrevistas Observações	Primário				
	Nº de Postos para coleta de material para diagnóstico laboratorial	sim = 20 não = 0									
	Nº de Médicos qualificados em diagnóstico clínico epidemiológico	sim = 20 não = 0	20	100%	100%	Entrevistas	Primário				
	Integração entre as ações do PNCD e do PSF/PACS	total = 10 parcial = 5 não há = 0	30	0%	0%	Entrevistas	Primário				
	Proporção da Cobertura de PSF/PACs	+ de 80% = 10 de 50 a 79%=5 - de 50%= 0									
Vigilância Ambiental	Integração da vigilância ambiental com outros serviços	formal = 10 informal = 5 não há = 0	90	100%	50%	Entrevistas	Primário				
	SISFAD implantado	sim = 15 não = 0						100%	100%	Entrevistas, Observação	Primário
	Cobertura da visita domiciliar	+ de 90%= 20 de 89%= 0						0%	0%	SISFAD	Secundário
	Monitoramento da infestação vetorial	sim = 20 não = 0						0%	0%	Entrevistas, SISFAD	Primário, Secundário
	Nº de Agentes treinados em VA	sim = 20 não = 0						100%	100%	Entrevistas, Observação	Primário
Vigilância Epidemiológica	SINAN implantado	sim = 20 não = 0	90	100%	100%	Entrevistas, Observação	Primário				
	Encerramento de casos	sim = 10 não = 0						100%	0%	Entrevistas, SINAN	Primário, Secundário
	Recebimento de retroalimentação	sim = 10 não = 0						100%	0%	Entrevistas	Primário
	Investigação de óbitos	sim = 10 não = 0						100%	100%	Entrevistas	Primário
	Método de Coleta de sangue	serologia sim=10 não=0 isolamento sim=10 não=0						100%	100%	Entrevistas	Primário
	Informe epidemiológico sobre dengue	reorientar ações + divulgação=15 somente para divulgação = 5 não tem = 0						0%	0%	Entrevistas	Primário

Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Mobilização Social	Equipe IEC		5	30	100%	100%	Entrevistas	Primário
	Ações educativas		5		100%	100%	Entrevistas, Observação	Primário
	Material repassado pelo MS		5		100%	100%	Entrevistas, Observação	Primário
	Material educativo produzido por iniciativa local		5		100%	0%	Entrevistas, Observação	Primário
	Envolvimento com a sociedade civil organizada na mobilização social		5		100%	100%	Entrevistas	Primário
	Nº de profissionais treinados em IEC		5		100%	100%	Entrevistas	Primário
Efetividade	Σ máximo	Σ observada	(Σ observada/máximo) 100		Desempenho alcançado = 80 %			
	100		CASO 1	CASO 2	Desempenho alcançado parcialmente 50 a 79% Não alcance = 49 %.			
			70%	70%				
Subdimensão	Critério/Indicador	Pontuação das categorias	Pontuação máxima	Pontuação observada		Fonte de Informação	Coleta de dados	
				Caso 1	Caso 2			
Controle dos danos e riscos	Redução da incidência de dengue	25	80	100%	100%	SINAN	Secundário	
	Redução letalidade de dengue hemorrágica	25		100%	100%	SINAN	Secundário	
	Redução da infestação vetorial	30		0%	0%	SISFAD	Secundário	
Satisfação dos usuários	Conhecimento da doença	sim = 5 não = 0	20	100%	100%	Entrevistas	Primário	
	Prevenção da doença	sim = 5 não = 0		100%	100%	Entrevistas Observações	Primário	
	Unidade Básica de Saúde							
	Acesso sem transporte com transporte	s/ até 1 km= 5 c/ + 1 km= 0		100%	100%	Entrevistas	Primário	
	Qualidade no atendimento não demora, tem água e lugar p/sentar = 5 não demora, sem água e com lugar p/sentar = 0	5		100%	100%	Entrevistas	Primário	

ANEXO V

Tabela 2: Avaliação da PPI-ECD, ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Incidência acumulada e taxa de letalidades de dengue, nos anos de 1999 a 2005, em dois municípios do estado do Rio de Janeiro.

ANO

Município	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Inc.Ac.	T.let.	Inc.Ac.	T.let.	Inc.Ac.	T.let.	Inc.Ac.	T.let.	Inc.Ac.	T.let.	Inc.Ac.	T.let.	Inc.Ac.	T.let.
Caso 1	0,21	0,00	9,66	0,00	70,32	0,37	128,61	0,89	4,48	0,00	2,05	0,00	0,81	0,00
Caso 2	3,39	0,00	3,71	0,00	185,08	1,31	225,87	0,00	5,99	0,00	4,75	0,00	0,70	0,00
Estado do RJ	6,58	0,33	2,97	0,00	55,02	0,16	195,17	0,32	6,21	0,54	1,79	0,00	1,68	0,00

Fonte: ADTVZ/CVE/SES RJ fevereiro de 2006

Incidência acumulada calculada x 10.000 hab.

Taxa de letalidade calculada x 1.000

Tabela 3: Avaliação da PPI-ECD, ação de controle da dengue, no Rio de Janeiro. Média anual dos índices de infestação predial e de Breteau, nos dois casos municipais, no período de 1999 a 2003.

ANO

Município	1999		2000		2001		2002		2003	
	IIP	IB	IIP	IB	IIP	IB	IIP	IB	IIP	IB
Caso 1	4,01	4,86	3,84	4,25	4,70	5,13	3,77	4,42	3,76	4,57
Caso 2	1,40	1,75	1,35	1,59	1,80	2,02	1,47	1,86	1,79	2,22

Fonte: SISFAD gerado pela CVE/SES/RJ no dia 14/10/2005



Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.399, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e

considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 09 e 10 de Junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

considerando a aprovação dessa Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

CAPÍTULO I

Das Competências

Seção I

Da União

Art. 1º Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;

IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

V - normatização técnica;

VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;

VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).

VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações- SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos estados;

c) retroalimentação dos dados.

X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC, de abrangência nacional;

XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde- SMS e Secretarias Estaduais de Saúde - SES;

XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;

XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;

XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Seção II

Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;

IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;

V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

VI - assistência técnica aos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;

b) equipamentos de proteção individual;

c) seringas e agulhas;

d) óleo de soja; e

e) equipamentos de aspersão de inseticidas.

IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

Seção III

Dos Municípios

Art. 3º Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retro-alimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV

Do Distrito Federal

Art. 4º A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

CAPÍTULO II

Da Programação e Acompanhamento

Art. 5º As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a FUNASA estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite CIB de todas as unidades da federação estabeleçam a PPI-ECD estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

CAPÍTULO III

Da Certificação

Art. 7º São condições para a certificação dos Estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:

- a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;
- c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 8º A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na CIT;

Art. 9º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica PAB ou Plena de Sistema Municipal PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

- a) formalização do pleito pelo gestor municipal;
- b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 10. A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11. As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12. Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

CAPÍTULO IV

Do Financiamento

Art. 13. O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD de cada unidade da federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo I, desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde.

Art. 14. As unidades da federação serão estratificadas da seguinte forma:

- a) Estrato I Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;
- b) Estrato II Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- c) Estrato III - Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul

Art. 15. O TFECD de cada unidade da federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

- a) valor per capita multiplicado pela população de cada unidade da federação;
- b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação;
- c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º As contrapartidas de que trata a alínea “c” deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 % e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nas alíneas “a” e “b” e da parcela de que trata o § 1º do artigo 17, desta Portaria.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos a população e área territorial de cada unidade da federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE.

Art. 16. A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECD estabelecido, informará à Fundação Nacional de Saúde, o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações programadas, que após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o caput deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 17. Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11 desta Portaria, não poderão perceber valores per capita inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente.

§ 1º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor per capita que multiplicado pela população do Município, observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 18. O repasse dos recursos federais do TFECF será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

CAPÍTULO V

Das Penalidades

Art. 19. O cancelamento da certificação com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior será aplicável nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD;

II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, e ouvida a CIB, a FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de cancelamento à CIT.

§ 2º O cancelamento da certificação, observado os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assumidas:

a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou

b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

Art. 20. Além do cancelamento de que trata o artigo anterior os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

II - instauração de tomada de contas especial;

III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;

IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;

V - comunicação à Câmara Municipal;

VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 21. Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde FUNASA, para os estados, municípios e Distrito Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições específicas desses níveis de gestão do Sistema Único de Saúde SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no caput deste artigo as ações relativas às doenças abaixo especificadas:

- a) Malária;
- b) Leishmanioses;
- c) Esquistossomose;
- d) Febre Amarela e Dengue;
- e) Tracoma;
- f) Doença de Chagas;
- g) Peste;
- h) Filariose;
- i) Bócio;

Art. 22. Para maior efetividade na consecução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, por parte dos estados, municípios e Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, preferencialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde

II integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS e Programa de Saúde da Família - PSF;

IV integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais LACEN e da rede conveniada ou contratada com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

CAPÍTULO VII

Das Disposições Transitórias

Art. 23. Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações atualmente executadas pela FUNASA, serão observadas as seguintes regras:

I - será constituída, em cada unidade da federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e COSEMS, que apresentará um Plano de Descentralização detalhado para o estado, a ser aprovado na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) cronograma de descentralização das atividades;
- b) quantitativo e alocação de recursos humanos;

c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.

II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada em conjunto entre a FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde e aprovada na CIB;

CAPÍTULO VIII

Das Disposições Finais

Art. 24. Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se caracterize como melhor árbitro.

Art. 25. A FUNASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, conforme deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações e equipamentos atualmente utilizados nestas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA e cada SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.

Parágrafo Único - Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas regionais existentes nas SES para garantirem a continuidade do funcionamento quando suas instalações e equipamentos forem repassados.

Art. 26. Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FUNASA, incluindo os Distritos Sanitários, que executam ações de controle de doenças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos à SES ou SMS, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser revogada, excetuando-se o quantitativo definido como necessário para as atividades que permanecerão executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do caput deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) aposentadoria de servidores;
- b) incorporação de atividades ao PACS e PSF;
- c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

Art. 27. Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem assim a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28. A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29. As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação, para os agentes de controle de endemias cedidos que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Art. 30. A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º Mediante o envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo, a FUNASA realizará o pagamento devido.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFECD, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art. 31. Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA
Ministro da Saúde